

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

A GESTÃO ATIVA DO 3º PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO:  
UM CONTRIBUTO PARA A DIMINUIÇÃO DO RISCO HEMORRÁGICO

Relatório de estágio

Sob a orientação da  
Prof.<sup>a</sup> Maria Vitória Barros de Castro Parreira

Alicia Baldonado Suárez

Porto | 2016



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

A GESTÃO ATIVA DO 3º PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO:  
UM CONTRIBUTO PARA A DIMINUIÇÃO DO RISCO HEMORRÁGICO

ACTIVE MANAGEMENT OF THE THIRD STAGE OF LABOUR:  
A CONTRIBUTION TO MINIMIZE THE RISK OF HEMORRHAGE

Relatório de estágio

Sob a orientação

Prof.<sup>a</sup> Maria Vitória Barros de Castro Parreira

Alicia Baldonado Suárez

Porto | 2016



## DEDICATÓRIA

*Ao meu tio Pablo, descansa em paz.*



## AGRADECIMENTOS

A elaboração deste relatório marca o final de uma etapa decisiva que deixa, sem dúvida, uma marca inabalável no meu crescimento pessoal, profissional e académico. Porém, este percurso não foi feito de uma forma solitária, mas sim com a ajuda de algumas pessoas, que foram fundamentais ao longo de todo este percurso e a quem não poderia deixar de agradecer.

À minha orientadora, a Prof. M<sup>a</sup> Vitória Parreira, pela disponibilidade, colaboração, conhecimento transmitido, e motivação ao longo deste percurso. Sem dúvida a sua ajuda foi crucial, e a sua confiança em mim um aliciente importante para poder concretizar este período.

À Prof. Marinha Carneiro, pela amabilidade, disponibilidade e orientação com que sempre me presenteou.

Às minhas orientadoras de estágio, Enf. Raquel, Inês, Stella e Carla pela transferência constante de conhecimentos, o nível de exigência e rigor, e os desafios proporcionados.

Ao povo português. Três dos seis anos do meu percurso académico foram passados em Portugal, mas poucos foram os dias em que não me senti como em casa. A palavra “saúde” estará sempre comigo.

À Ángela, a pessoa que partilhou comigo a maior parte do tempo nestes dois anos, porque na sua companhia as coisas más tornaram-se boas e o desânimo em motivação. “Lo conseguimos Angeliña, já somos matronas”.

À Helena, a minha madeirense favorita, por me ter dado tanto em tão pouco tempo, por contagiar a sua alegria e naturalidade em todo momento e por ter aprendido com ela o valor de uma amizade transfronteiriça.

À Jara, que sempre me acompanha nos ciclos finais académicos.

Ao Tomás; com a sua integridade, honradez e calma mostrou-me porque aprecio tanto as amizades “do Norte”.

Agradecer hoje e sempre aos meus amigos de La Guardia, porque apesar de não estarem presentes fisicamente, sei que procuram o meu bem-estar desde terras galegas.

E, menção à parte, à minha família. Em especial aos meus pais e minha irmã, simplesmente por acreditarem em mim. Pela força por continuar e não desistir dos meus sonhos, e por me ter ensinado o que significa realmente ser uma “Balsu”. “Después de la tempestad siempre viene la calma”, e conseguimos mais um logro familiar em tempos de sofrimento. Isto é uma vitória vossa também, muito obrigada por me ter ajudado a consegui-la.





## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**APPT** – Ameaça parto pré-termo

**BSG** – Boletim de saúde da grávida

**BPM** – Batimentos por minuto

**CS** – Centro de Saúde

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CMIN** - Centro Materno Infantil do Norte

**CTG** – Cardiotocografia

**CU** - Contrações terinas

**EEESMO** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**ESEP** - Escola Superior de Enfermagem do Porto

**HTA** – Hipertensão arterial

**IG** - Idade gestacional

**LA** – Líquido amniótico

**MESMO** – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**MF** – Movimentos fetais

**NE** – Nível de evidência

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PBE** – Prática baseada em evidência

**PPT** - Parto pré-termo

**RCF** - Ruídos cardíacos fetais

**RN** – Recém-nascido

**RPM** – Rotura prematura de membranas

**SU** – Serviço de urgências

**TA** - Tensão arterial

**TP** – Trabalho de parto

**UNICEF** - United Nations Children's Fund

## RESUMO

Este relatório de estágio de natureza profissionalizante, designado como Estágio de Gravidez, Trabalho de parto e Pós-parto, pretende dar a conhecer o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, como uma etapa que faz parte integrante do currículo para atingir o grau de mestre, assim como as diretrizes do Regulamento de Competências de Cuidados Especializados preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2011).

Este estágio, com uma carga horária de 900h, decorreu no Centro Materno Infantil do Norte, de dezembro de 2015 a julho de 2016. Tivemos a oportunidade de cuidar mulheres grávidas com complicações, parturientes, puérperas e recém-nascidos com e sem fatores de risco, assim como das suas famílias, como é demonstrado pela narrativa feita ao longo dos capítulos que suportam a sua estrutura. Também tal como foi nossa prática, ao longo da realização do estágio, a sua elaboração é suportada pela evidencia científica que emergiu da pesquisa, nas diversas bases de dados, com o intuito de demonstrar como foram mobilizados os conhecimentos teóricos, como suporte de uma prática baseada na evidência, no sentido de contribuir para a qualidade da assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Para além da descrição inerente ao desenvolvimento do estágio, apresenta-se uma pesquisa sobre uma problemática de interesse, relevante, para problematizar as práticas, cuja finalidade foi reunir e sintetizar os resultados da pesquisa, de forma ordenada e sistemática, sobre a gestão ativa do 3º período do trabalho de parto, para dar um contributo para minimizar o risco de hemorragia. O objetivo é problematizar as práticas mais comuns na gestão ativa do 3º período de trabalho de parto e clarificar quais as intervenções mais eficazes, na prevenção da hemorragia pós-parto e qual a tomada de decisão mais correta segundo a evidência científica mais atual. As intervenções integrantes incluem a administração de uterotônicos, a tração controlada do cordão e a massagem uterina. Foram selecionados 10 artigos, cujos resultados se encontram descritos no presente relatório. Após a análise dos mesmos confirma-se a eficácia da gestão ativa na redução do risco de hemorragia no pós-parto imediato. Concluímos que os objetivos foram atingidos, que foi um percurso formativo que nos permitiu um crescimento profissional e pessoal muito gratificante.

Palavras chave: “gestão ativa do trabalho de parto”, “hemorragia pós-parto”, “massagem uterina”, “uterotônicos”, “tração controlada do cordão”.



## **ABSTRACT**

Title: active management of the third stage of labour: a contribution to minimize the risk of hemorrhage.

This report named as Internship in midwifery's care areas: pregnancy, labor and postpartum, aims to highlight the process of acquisition and development of skills during a professional internship, as a part of the training path to obtain the degree of Master in Maternal Health Nursing and Midwifery area. It is also based on the specific competences of Regulation Nurse Maternal Health Specialist, Obstetrics and Gynecology, published by the Order of Nurses.

The internship took place at Centro Materno Infantil do Norte, from September 2015 to July 2016. We had the opportunity to take care of hospitalized women with pregnancy complications, pregnant women, mothers and newborns with and without risk factors, as well as their families, as this document will demonstrate through the chapters. Furthermore, its development is based on scientific research in the various databases, in order to sustain the care provided throughout the stage, an evidence-based practice, contributing to the quality of care of Maternal Health and Obstetrics Nursing.

In addition, beside the description of the competences in the internship, it is reported a scientific research, in order to sustain the care provided throughout the stage, which aims to synthetize the use of scientific evidence in a systematic way, about the active management of the third stage of labour, in order to reduce the risk of hemorrhage. The aim of this study is to analyze the most common interventions in the active management of the third stage of labour to clarify which ones are the most efficient in the prevention of post-partum hemorrhage and their incorporation according to the results from recent and significant studies of midwifery practice. The interventions for active management of the third stage of labour included administration of uterotonics, controlled cord traction and uterine massage (FIGO, ICM,2012). 10 articles were selected, which results are described in this study. Once they were analysed, it is confirmed the efficiency of the active management of the third stage of labour in the reduction of hemorrhage post-partum,(BEGLEY, C.M. et al. 2011; Fahy et al. 2010). In conclusion, the objectives were achieved and the learning process was very rewarding, professionally and personally.

Key words: "active management third stage of labour", "post partum hemorrhage", "uterine massage", "uterotonics", "umbilical cord clamping"



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
1. O PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO.....	23
2. O CUIDADO À MULHER E CASAL NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES.....	25
3. TRABALHO DE PARTO E PARTO: UM DESAFIO FASCINANTE PARA CUIDAR O CASAL E FAMÍLIA.....	41
3.1 A Gestão Ativa do 3º Período do Trabalho de Parto: um Contributo para a diminuição do risco hemorrágico.....	64
3.1.1 <i>Introdução ao problema</i> .....	65
3.1.2 <i>Método</i> .....	66
3.1.3 <i>Resultados</i> .....	69
3.1.4 <i>Discussão</i> .....	70
3.1.5 <i>Conclusão</i> .....	73
4. O PROCESSO DE AUTOCUIDADO E A TRANSIÇÃO/ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE APÓS O NASCIMENTO.....	77
5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE.....	95
6. CONCLUSÃO.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
ANEXOS.....	121
ANEXO I – ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	123





## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1: Intervenções da gestão ativa do 3º período do TP.....	70
FIGURA 2: Grávidas cuidadas ao longo do estágio.....	97
FIGURA 3: Puérperas e RN cuidados ao longo do estágio.....	97
FIGURA 4: Número de partos executados e participados e outras experiencias.....	97

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1: Definição da pergunta segundo o esquema PICO.....	67
---	----



## INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio de natureza profissionalizante insere-se no âmbito do segundo ciclo do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO), realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Pretende descrever de um modo crítico-reflexivo o desenvolvimento e a aquisição de competências específicas, em cuidados de enfermagem especializados; na Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto, bem como a respetiva promoção da saúde e transição para a parentalidade, no Pós-parto. Pretende, também, demonstrar que neste percurso formativo se recorreu à investigação por meio da prática baseada na evidência (PBE) apresentando uma revisão da literatura acerca de uma temática de interesse para problematizar e contribuir para a Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO).

Este estágio profissionalizante constitui uma das unidades curriculares do 2º ano do MESMO e decorreu no Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), no período entre novembro de 2015 e julho de 2016, em diferentes unidades de cuidados: no serviço de Gravidez com Complicações (100 horas) na Sala de Partos (500 horas) e no Serviço de Puerpério (300 horas), perfazendo uma carga horária total de 900 horas.

Ainda como parte integrante da carga horária deste estágio, foram realizadas 75 horas de orientação tutorial para a construção do relatório de estágio que se revelaram momentos muito importantes para a aprendizagem, já que foi possível discutir, partilhar e analisar aspetos inerentes ao desenvolvimento das competências e desconstruir o processo de aprendizagem, de uma forma crítica e construtiva com base em evidências científicas e, simultaneamente, problematizar as práticas no contexto do estágio e obter as orientações para a construção deste relatório.

Assim sendo, o presente relatório, tem o intuito de demonstrar o caminho percorrido de acordo com os objetivos do regulamento do segundo ciclo de estudos da ESEP e também no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências do EEESMO preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Pois, segundo a OE (2010), o EEESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, envolvidos nos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes, em situações de risco.

Pretende-se demonstrar os conhecimentos, aptidões e atitudes inerentes ao processo de cuidados de enfermagem dirigido às respostas humanas da mulher e da família no âmbito da saúde materna e obstetrícia, com vista à promoção da saúde da mulher e família.

Ao longo deste percurso formativo foi também realizada uma revisão da literatura tendo como objeto de estudo: “A gestão ativa do 3º período do trabalho de parto: um contributo para a diminuição de risco hemorrágico”.

O interesse pelo fenómeno em estudo emergiu durante o percurso como estagiária no Núcleo de Partos, pelo facto de observarmos atitudes e tomadas de decisão díspares, por parte dos profissionais, médicos e enfermeiros, em relação à gestão do 3º período do trabalho de parto. Também pela literatura constatamos que o 3º período de TP é uma área pouco explorada, mas não por isso menos importante. Pretende-se, assim, problematizar as práticas mais comuns na gestão ativa do 3º período de TP, no sentido de clarificar quais as intervenções mais eficazes na prevenção da hemorragia pós-parto.

De forma a facilitar a leitura deste relatório e das atividades que contribuíram para o processo de aquisição de competências, este relatório está organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo aborda-se o projeto individual de estágio, onde é feita referência aos objetivos gerais do estágio profissionalizante e sua contextualização, assim como as estratégias usadas para a concretização do mesmo. Os capítulos segundo, terceiro e quarto possibilitam a partilha e a descrição das atividades desenvolvidas durante o estágio, que contribuíram para a aquisição das competências específicas bem como todo o caminho percorrido nas três áreas de atuação, nomeadamente: na gravidez com complicações, TP e puerpério. No terceiro capítulo apresenta-se também a revisão da literatura sobre a gestão ativa do 3º período do TP: um contributo para a diminuição do risco hemorrágico. No quinto capítulo efetua-se uma análise crítico-reflexiva sobre todo o processo de desenvolvimento do estágio e finalmente no sexto capítulo, na conclusão, são apresentadas algumas conclusões e sugestões e uma apreciação global deste percurso formativo e dos seus contributos pessoais e profissionais.

Atendendo à metodologia adotada, como suporte ao desenvolvimento de todo o percurso formativo, esteve implícito o recurso à PBE. Esta constituiu, mais do que um método de trabalho, um pilar fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados por nós prestados. Assim, para a consecução deste trabalho foi realizada uma vasta pesquisa bibliográfica, predominantemente com recurso às seguintes bases de dados: Academic Search Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts,

MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Host British Journal of Midwifery, Journal of Obstetrics e PUBMED, através da plataforma EBSCO .



## **1 – O PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO**

A unidade curricular Estágio: gravidez, trabalho de parto e pós-parto decorreu ao longo de 32 semanas no CMIN, na Unidade de Gravidez com Complicações, no Bloco de Partos e na Unidade de Puerpério. Este estágio é de natureza contínua, desenvolvido ao longo de três módulos e em três serviços diferentes, sempre sob a orientação de uma enfermeira especialista como tutora, nomeadamente a Enf. Raquel Nogueira, a Enf. Inês e a Enf. Stella Patrício.

O plano inicial foi apresentar o projeto de desenvolvimento de competências nos respetivos serviços, com o intuito de dar conhecimento dos objetivos a atingir, assim como das atividades a desenvolver para a sua concretização.

Os objetivos decorrentes da realização do presente relatório visam demonstrar competências no domínio da investigação científica, problematizando as práticas e os processos de cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia com base numa PBE; explicar o desenvolvimento de conhecimentos, com base em evidência científica, que permitiu a fundamentação das práticas realizadas em estágio; refletir sobre as práticas descrevendo os focos de atenção de enfermagem mais frequentes em cada área de cuidado especializado do EESMO; evidenciar competências de cuidado ao casal e família respeitando as suas diferenças culturais; apresentar o desenvolvimento de conhecimento sobre a importância da implementação de práticas emancipatórias para a vivência da gravidez e o exercício do papel parental pelo casal; refletir sobre as práticas realizadas no contexto de estágio, com base na evidência científica atual; adquirir competências que permitissem intervir no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher em situação de gravidez com complicações, TP, parto e de puerpério e desenvolver competências nos domínios da prática profissional ética e legal.

Segundo Cunha et. al., (2009), a competência é a habilidade de desempenhar uma determinada tarefa com o intuito de gerar resultados desejáveis, sendo assim o marco fundamental do desenvolvimento profissional. É o saber agir de um modo responsável e reconhecido, que traz diversas implicações no sentido de mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades. (Fleury e Fleury, 2001).

De acordo com o Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (2010) a EESMO possui um conjunto de competências clínicas especializadas, decorrentes do

aperfeiçoamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados geral que se concretiza em competências comuns e pela aquisição de competências específicas.

As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, definidas pela OE (2010) como *“competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”*. Além destas competências, a OE (2010) prevê o domínio de competências específicas, que *“decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”*

Nos capítulos seguintes são expostos os processos de desenvolvimento de competências específicas e partilhadas as experiências e atividades desenvolvidas durante os diferentes módulos, procurando que fossem baseadas na atual evidência científica que serve de suporte à sua implementação prática. Tal permitiu obter diversas experiências quer no âmbito profissional como pessoal, que determinaram a aquisição de um corpo de conhecimentos especializados e solidificaram aqueles que foram iniciados no 1º ano do MESMO com as disciplinas teóricas. Partilhar as experiências vivenciadas com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar e com as Enf. Tutoras ofereceu uma oportunidade fundamental para o crescimento como futura EEESMO.

Apesar dos estágios não terem sido realizados pela sequência que são relatados, a colocação das diferentes fases, tal como se sucedem de forma natural, pareceu-nos importante no sentido de facilitar a compreensão da leitura do presente relatório.



## 2 - O CUIDADO À MULHER E CASAL NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

Este percurso que agora iniciamos neste relatório, assume um desafio à nossa capacidade de descrever as atividades, não só em relação à autocritica e à reflexividade sobre as práticas, de forma a darmos a conhecer como conseguimos delinear e desenvolver intervenções, mas também como prestamos cuidados congruentes com as necessidades reais da grávida, casal e família e como conseguimos ultrapassar as dificuldades e obstáculos, de forma a demonstrar como os objetivos preconizados por esta Unidade Curricular foram atingidos.

Partimos do pressuposto de que a gravidez é um acontecimento considerado quer pela grávida/casal quer pelos profissionais de saúde como uma experiência de vida saudável que envolve alterações sob o ponto de vista físico, social, cultural e emocional (Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2011). Representa uma experiencia única na vida de um casal, que pode ocasionar sentimentos ambivalentes, experimentando muitas emoções e sensações que deixarão marcas na sua vida, como um acontecimento único e inesquecível e que se deseja que recordem como extraordinário. Neste sentido, concordamos com os autores Guerra et. al. (2014), ao referir que a gravidez desencadeia uma série de transformações físicas, psíquicas, sociais e emocionais que podem provocar ambivalência e até alterações no bem-estar materno e/ou do casal.

Ora sabendo, nós que uma das competências do EEESMO preconizadas pela OE (2010) é *“assistir a mulher a vivenciar os processos de saúde/doença durante o período pré-natal”*, foi nesta perspetiva que desenvolvemos as nossas atividades. Assumimos a responsabilidade de cuidar a mulher; fazer uma colheita de dados de forma a identificar os focos de atenção de enfermagem, estabelecer um plano de cuidados real e adaptado às necessidades individuais, considerando a esfera socio cultural e familiar de cada mulher e casal e, ainda, monitorizar o bem-estar materno-fetal para agir de forma a prevenir complicações (Baston e Hall, 2009).

Nesta perspetiva, apesar do processo de maternidade se revelar como uma experiencia inesquecível e acontecimento único, não obstante, existem mulheres para quem a gravidez constitui um risco significativo, quer devido à sobreposição a uma situação patológica preexistente, quer devido a problemas obstétricos relacionados com a própria gravidez que surgem durante a gestação. Este tipo de gestações são denominadas gravidezes de risco, e para Graça (2010) é considerada uma gravidez de risco quando a probabilidade de se verificar um

desfecho adverso para a grávida e/ou para o feto é superior à incidência dessa complicação na população em geral.

Também para Oliveira, Madeira e Penna (2011), quando as mulheres têm conhecimento de que a sua gravidez é considerada de alto risco vêm-se numa situação de transição duplamente complexa, sendo provável que a vulnerabilidade que sentem face ao risco eminente dos problemas fisiológicos que uma gravidez de baixo risco possa apresentar, acresce um misto de emoções/sensações que a tornam mais vulnerável.

Esta situação foi por nós reconhecida, do quanto o medo do desconhecido pode causar fragilidade nas utentes grávidas e do quanto este poderia influenciar o seu bem-estar, pois estavam presentes muitos focos de atenção que requeriam intervenções e cuidados especializados que nos permitiram consciencializar da responsabilidade de ser Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica. Constatamos que o diagnóstico de gravidez comprometida (ICN, 2011), que requeria internamento hospitalar constituía um problema que, de alguma forma, implicava alteração não só do bem-estar do casal, mas também da família.

Assim, estamos de acordo com Lima e Moura (2005) em que foi fundamental não só uma vigilância pré-natal e a prestação de cuidados especializados, após a identificação de problemas potenciais da alteração do bem-estar e desenvolver intervenções, face aos focos de atenção de enfermagem, com o intuito de melhorar o prognóstico materno e perinatal, e, recorrer a estratégias de *coping* que auxiliassem e ou minimizassem a situação de risco, mas também focarmo-nos nos processos fisiopatológicos.

O tempo de realização do estágio permitiu-nos realizar a nossa atividade diagnóstica e as nossas intervenções, possibilitando pôr em prática o aconselhamento, a orientação e o apoio à grávida e família, tendo como objetivo encontrar estratégias adaptativas ao seu estado gravídico patológico.

A estrutura e organização deste serviço comportavam duas áreas de cuidados inerentes à competência do EESMO. Numa ala encontravam – se as grávidas de risco e noutra as utentes de foro ginecológico para serem submetidas a cirurgia e no período pós-operatório. O plano de distribuição de trabalho era feito pela Enf. Chefe de forma a garantir a presença de pelo menos um EEESMO, em todos os turnos, o que permitiu que pudéssemos também experienciar o cuidar e desenvolver competências no domínio da ginecologia.

A proveniência da utente no internamento de grávidas era do serviço de urgência (SU) e da consulta externa. O seu acolhimento era feito por nós, tendo em conta o conhecimento que a grávida já tinha da instituição e serviço de internamento. Assim, era feita uma breve

apresentação e visita ao serviço e, posteriormente, acompanhávamos ao quarto. Era fornecido, também, o guia de acolhimento que contempla a dinâmica do serviço e horário de visitas. Procuramos mostrar sempre abertura e disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida que surgisse.

Desde o início do internamento, as grávidas foram esclarecidas sobre a sua condição de saúde/doença e foi sempre fornecido apoio e suporte com o intuito de que conseguissem descobrir as suas próprias estratégias para se adaptarem aos problemas e minimizassem os efeitos da condição de risco. A privacidade, quer da grávida quer do casal, foram sempre valorizados e respeitados, assim como os seus próprios valores e crenças, sendo que para além da privacidade em relação ao corpo, tínhamos sempre especial cuidado na confidencialidade de informações e foi respeitado o seu espaço pessoal, psicológico e moral (Donat F., 2006; Pupulim et Sawada, 2010). Também tivemos a preocupação em integrar a família no processo de cuidados, quer para proporcionar apoio à grávida neste período quer para proporcionar o desenvolvimento dos conhecimentos e habilidades necessárias para superar as dificuldades e/ou problemas inerentes à situação de transição vivenciada. A preparação do regresso a casa, no momento da alta hospitalar, constituiu uma das nossas preocupações, no sentido de ajudar a superar qualquer dificuldade, mas sobretudo a identificar os sinais e sintomas de alerta indicativos para instruir e informar sobre as situações que justificam recorrer ao SU e/ou ao seu enfermeiro e/ou médico ou Centro de Saúde (CS) (Doenges e Moorhouse, 2010).

A nossa atuação pautou-se pelo recurso a evidências científicas e de acordo com Botelho (2010), procedemos à leitura e/ou elaboração da história clínica da grávida, já que a partir desta e da entrevista para a colheita de dados podíamos obter os dados relevantes para a elaboração de um plano de cuidados de acordo com as necessidades individuais de cada grávida, bem como elaborar os respetivos registos.

Honestamente, no início sentimos grande dificuldade em trabalhar com o sistema e programa informático implementado no serviço, pelo facto de não termos tido na formação inicial a formação nesta área da CIPE e sistema de registos (Sclenco) e, assim, nos ser totalmente desconhecido. O primeiro contacto com a classificação CIPE foi durante o primeiro ano do MESMO e desconhecíamos a implementação e operacionalização da mesma. Todavia, com o esforço, o empenho e com o treino diário, da nossa parte, aliada ao empenho, orientação e ensino por parte da nossa Enf. Tutora e das enfermeiras do serviço, esta dificuldade sentida foi ultrapassada.

Algumas das nossas intervenções incluíram a monitorização dos sinais vitais e da Cardiotocografia (CTG). Constituiu uma preocupação constante interagir sempre com a grávida e família, estabelecer uma relação empática com o intuito de que ela se sentisse à vontade para colocar qualquer tipo de dúvida ou receio.

Segundo o Parecer nº 275/2010 do Conselho de Enfermagem, o CTG é um método de avaliação do bem-estar fetal, com competência autónoma do EEESMO. Para a sua realização efetuavam-se com anterioridade as Manobras de Leopold, que compreendem quatro manobras específicas, permitindo informar acerca do foco de auscultação, a identificação do número de fetos, a apresentação, posição, atitude fetal e descida de apresentação na cavidade pélvica. (Montenegro et Rezende, 2014).

Com o decorrer do estágio, constatamos que era essencial explicar as razões da realização de CTG tanto à grávida como aos acompanhantes, com o intuito de que, além de informar, cumprisse as nossas orientações. Assim, antes de começar a realização do mesmo, informávamos a grávida de que para tal era necessário estar deitada no mínimo 20 minutos (podendo ser prolongado de acordo com o resultado da leitura do traçado), no caso de se querer deslocar ao WC, se assim o desejasse. Seguidamente, ajudávamos a grávida a colocar-se numa posição confortável, incentivando o decúbito lateral esquerdo e a posição de semi-fowler, para evitar a hipotensão e assim aumentar a perfusão útero-placentária (Ricci, 2008). Ainda de acordo com este autor, devido à importância que esta técnica significava para a mulher era fundamental não esquecer de testar o transdutor antes de o utilizar para assegurar a transmissão sonora. Posteriormente colocávamos o cinto e ajustávamos o botão para aferir a intensidade basal das contrações, explicando que o traçado inferior do registo do monitor mostrava a atividade uterina e o traçado superior revelava a frequência cardíaca fetal.

Para a leitura e interpretação dos dados do CTG tiveram-se em conta aspetos como:

- A determinação da linha de base (média dos segmentos estáveis mais baixos, com pelo menos dois minutos de duração).
- A avaliação da variabilidade da frequência cardíaca fetal (normal se 10 a 25 batimentos por minuto (bpm), ausente se <5 bpm, reduzida se 5 a 10 bpm e aumentada se >25 bpm).
- A identificação de acelerações e desacelerações.

A utilização do Doppler foi o método mais apropriado para a auscultação intermitente dos ruídos cardíacos fetais (RCF), devendo ser utilizado de forma autónoma junto com o CTG pelo EEESMO (GABBE, S., NIEBYL, J., SIMPSON, 2007). A vigilância da coloração da pele, o

comportamento da grávida e o despiste de sinais e sintomas associados a cada patologia também faziam parte das nossas práticas diárias, assim como a implementação de um plano de cuidados diferenciado (RICCI, S. 2008).

Durante o turno de manhã tivemos a oportunidade de colaborar na visita médica. Esta oportunidade permitia-nos identificar, de uma forma mais eficaz, as intervenções resultantes de prescrição. Destas, destacam-se a administração terapêutica, a realização de colheita de produtos para análise, etc.

Embora as grávidas assistidas já viessem com a idade gestacional (IG) datada, consideramos a data da última menstruação um dado de referência a ter em conta para podermos proceder à realização do cálculo do número de semanas de gravidez e à determinação da IG. Até há pouco tempo a Regra de Nägele era o método mais utilizado para estimar o tempo de gestação e definir a data provável de parto. Esta regra consiste em somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação, subtrair 3 meses e adicionar um ano (ou somar 7 dias a esta data e acrescentar 9 meses). Na maioria das mulheres o parto ocorre num período compreendido entre 7 dias antes ou após a data provável de parto (Lowdermilk Perry, 2008). No entanto, pudemos verificar que uma grande parte das grávidas não tinham esta data, pelo que concordamos com o autor Graça (2010), em que o método era pouco fiável, já que entre 10 e 45% das grávidas não a conseguiam identificar com exatidão ou esta era simplesmente desconhecida. Neste sentido, alguns autores como (Chaloui et al, 2011), defendem também a postura de Graça de que este cálculo da IG não é muito fiável, já que além dos motivos supracitados pressupõe que a mulher tenha um ciclo regular e que a ovulação teve lugar no 14º dia.

Hoje em dia, com a evolução tecnológica, o uso da ecografia abdominal e transvaginal é cada vez mais frequente, e a evidência científica traduz uma melhor datação por este método em relação à regra de Nägele. Segundo Whitworth et. al., (2010) quando realizado precocemente indica com maior fiabilidade a IG, resultando em menos induções do parto por gestações pós-termo. Assim sendo, a datação correta da gravidez tornou-se um dado de elevado interesse obstétrico e teve grande impacto na qualidade dos cuidados, já que os nossos procedimentos de atuação relacionados com o diagnóstico de uma gravidez de termo, pré-termo, e pós-termo e na sua relação com os resultados materno-fetais eram diferentes (NICE, 2008).

Pudemos também verificar que face ao diagnóstico de medo e/ou ansiedade a importância do apoio e da informação, de acordo com a sua experiência e necessidades era uma mais-valia para promover o bem-estar da grávida, casal e família. Tivemos em conta que a

literatura revela que as expectativas podem ser positivas ou negativas dependendo da experiência e do acompanhamento que recebem por parte da família e profissional de saúde. Também que as expectativas da mulher, face ao seu processo de maternidade, depende das vivências no parto e que influenciam determinantemente o modo como irá interagir com o seu bebé e lidar psicologicamente com todas as mudanças inerentes a uma nova fase da sua vida (Maggioni et al., 2006).

Também neste período de estágio contactamos com uma grande percentagem de grávidas com o diagnóstico de *stress* devido às complicações associadas à própria gravidez, e cujas intervenções foram desenvolvidas no sentido de minimizar os sentimentos de medo e ansiedade, para que não fossem complicar o desenvolvimento de uma transição para a parentalidade saudável (Guerra et al., 2014). Segundo um estudo realizado por Miquelutti et al., (2013), existe uma relação entre o diagnóstico de ansiedade durante a gravidez e desfechos materno-fetais adversos, nomeadamente a ocorrência de parto pré-termo, sofrimento fetal e o nascimento de RN com baixo peso à nascença.

A ansiedade (ICN, 2011) tinha várias causas identificáveis, que influenciavam de uma forma psicodinâmica ao estado da mulher, podendo estar presentes sentimentos de ambivalência, negação, regressão e introspeção, entre outros. As dificuldades de adaptação emocional eram várias, nomeadamente pelo próprio nome que se lhe atribui como de “alto risco”, pelo risco real existente que isto constitui, e pela própria hospitalização (Alderdice et al., 2009). Também Poplar (2014) refere que o medo e ansiedade relativamente à dor do TP, e em relação ao estado do seu RN após o parto, são variáveis que comprometem o bem-estar e são suscetíveis de fazer emergir sentimentos negativos. A experiência, seja ela qual for, é algo que ficará marcado na sua vida.

Consideramos, então, que face a esta constatação era importante compreender o significado que atribuíam ao parto, quer já tivesse sido vivenciado ou se fosse ainda primigesta, no sentido de delinear intervenções no domínio do explicar, informar e instruir, para que esse momento tão sublime pudesse proporcionar uma experiência vivenciada positivamente. A comunicação eficaz com as grávidas internadas, de forma a esclarecer-lhes qualquer tipo de dúvida para dissipar os medos ou receios foi uma preocupação que esteve presente ao longo do desenvolvimento das nossas competências durante o estágio, tendo – se revelado esta atitude muito profícua para a nossa aprendizagem relativamente ao domínio da comunicação e ao impacto que a mesma pode ter nas utentes grávidas e família.

Neste sentido, foram implementadas intervenções que visaram identificar estratégias para que as grávidas conseguissem gerir o controlo destes sentimentos, tentando promover a

adesão ao regime terapêutico e a adaptação e aceitação do seu estado. Procuramos sempre que o cuidado fosse individualizado e congruente com as necessidades de cada uma das grávidas e das suas famílias (Alderdice et al., 2009)

No que concerne aos elementos familiares, embora com intensidades diferentes, também podiam experienciar estes sentimentos, fazendo também parte dos nossos cuidados, na medida em que contribuíram para o sucesso de todo o plano de intervenção. Sempre que identificamos algum problema que não fosse da nossa competência referenciamos para um profissional mais habilitado em determinadas competências, tais como médicos, assistentes sociais, psicólogos, etc., pois fazia também parte dos nossos cuidados de excelência, tal como preconiza a OE e também Castán Mateo, S. e Tobajas Homs, JJ. (2013).

Neste período de estágio foram prestados cuidados a grávidas portadoras de diferentes patologias e complicações obstétricas, nomeadamente: ameaça de parto pré-termo (APPT), rotura prematura das membranas (RPM), alterações do líquido amniótico (LA), placenta prévia total, hemorragias do 1º e 2º trimestre, doenças hipertensivas, diabetes mellitus gestacional, gravidez gemelar monoamniótica, restrição de crescimento intra-uterino, e pielonefrite. De seguida, focar-nos-emos em especial na APPT, RPM e nos estados hipertensivos da gravidez, por serem as situações mais frequentes com que nos confrontamos, durante o período de estágio

### **Ameaça de parto pré-termo**

Durante o estágio a prestação de cuidados mais frequente foi a grávidas que apresentavam APPT, sendo esta definida pela SEGO (2009) como aquela que se inicia antes de completar a 37ª semana de gestação ou 259 dias desde a data da última menstruação e após se ter atingido o limite inferior da viabilidade, o qual se pode situar entre a 22ª e 28ª semana de gestação, de contractilidade uterina frequente e regular associada à formação do segmento inferior, sem repercussões a nível cervical (Bajo Arenas, J.M., et al., 2009).

Segundo Graça et. al. (2010), o diagnóstico diferencial entre APPT e parto pré-termo (PPT) efetivo é muito importante, já que depende deste o planeamento de atuação clínica e o prognóstico pré-natal. Assim, tínhamos sempre especial cuidado em explicar à grávida as diferenças entre ambos, no sentido de poder identificar qualquer tipo de alteração, sendo que a o TP pré-termo implica a ocorrência de extinção e dilatação cervical (Castán Mateo, S. Tobajas Homs, JJ. 2013; Montenegro et al., 2014).

Segundo a SEGO (2007), a taxa de PPT em Europa atualmente encontra-se entre o 8 e 10% das gestações, e de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013), podem-se considerar-se três subcategorias de PPT de acordo com a IG: extremamente prematuro (inferior a 28 semanas), muito prematuro (entre 28 e 32 semanas) e prematuro moderado a tardio (entre 32 e 37 semanas).

Esta realidade demonstra que apesar da melhoria das condições sociais e de saúde e dos avanços tecnológicos que se têm verificado continuam a existir muitos casos. A realidade com a que nos confrontamos, durante a prática clínica, confirma que o número de grávidas com esta patologia continua a ser elevado (Machado, 2012).

Apesar dos inúmeros estudos realizados nos últimos anos, entre o 20 e o 30% dos TP pré-termo permanecem inexplicáveis, no sentido em que se desconhecem os mecanismos que o induzem. No entanto, a literatura aponta três motivos principais para que isto suceda: a queda dos níveis de progesterona, o aumento da atividade de ocitocina, ou ainda a ativação prematura dos mecanismos deciduais. As causas mais comuns referidas são a RPM e a corioamniotite que poderá justificar cerca de 20 a 30% dos PPT. As infeções extrauterinas, nomeadamente as infeções urinárias, poderão ser uma das causas de 5 a 10% dos PPT (Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ et al., 2013).

O controlo dos movimentos fetais com a ajuda da perceção da própria grávida foi uma das atividades que fizeram parte das nossas preocupações. Já que a redução ou cessação dos mesmos podia predizer a morte fetal (Enkin et. al., 2000). Assim sendo, antes de lhe solicitar a sua colaboração quer estivesse monitorizada ou não era explicado à grávida o quanto era importante o seu envolvimento nos cuidados. Posteriormente, era instruída em relação à forma como deveria proceder em relação à contagem e como nos devia comunicar a sua perceção. Ensinávamos, também, que menos de 10 MF por hora, em 2 horas consecutivas, devia ser contabilizado como ausência ou redução destes, e que a partir das 24 semanas de gestação mantêm-se constantes (Strickland, Darby-Stewart, e Jamieson, 2009). Neste sentido, alertávamos a grávida de que nos informasse de qualquer alteração relacionada com os MF para poder atuar em consequência, assim como de qualquer tipo de desconforto relacionados com algias semelhantes a cólicas intestinais localizadas na região infra-abdominal, dor ou pressão supra-púbica, dor lombo-sagrada, frequência urinária, ou ainda, corrimento vaginal com características diferentes do habitual.

Às grávidas que ficavam internadas com APPT foram avaliadas sobre a consciencialização da sua condição de saúde, assim como a resposta emocional face à situação



e ao internamento, tendo sempre como alvo das nossas intervenções dotar o casal grávido de conhecimento sobre os sinais e sintomas de TP, com o intuito de aumentar o seu controlo sobre a situação (Mendonça, 2011). Também destacamos a interrupção dos processos familiares relacionados com a limitação da atividade materna, pelo que para minimizar o impacto do internamento sobre os processos familiares, procuramos envolver os conviventes significativos nos cuidados à grávida.

Em seguida são apresentadas as intervenções dependentes resultantes de prescrição implementadas nos casos de APPT. Estes procedimentos foram sempre de acordo com os protocolos estabelecidos no serviço sendo explicados em todas as situações para facilitar a compreensão, tomada de decisão e colaboração do casal.

#### Administrar medicamento (corticoterapia) (ICNP, 2011)

A administração de corticoterapia antenatal para estimulação da maturação pulmonar, era um procedimento nosso resultante de prescrição médica (Steven et. al., 2000) Segundo os mesmos autores, a administração de glucocorticoides é suscetível de atravessar a barreira placentar, diminui a incidência de morte neonatal, síndrome da membrana hialina e hemorragia intraventricular em recém-nascido (RN) pré-termo, sendo estes benefícios plausíveis a partir das 24 semanas de gestação. Porém, existe evidência científica de que são significativamente menores a partir das 34 semanas.

A eficácia máxima acontece 24 horas após da última administração, existindo igualmente benefício para o feto quando o parto ocorre antes de completado o ciclo protocolado (Clode, Jorge e Graça, 2012).

No que concerne ao corticosteroide sabemos que é reduzida a sua inativação na placenta e apresentam bioatividade semelhante. Ministramos a betametasona e a dexametasona, mas o fármaco mais vezes administrado foi a dexametasona; quatro doses de 6 miligramas por via intramuscular com intervalo de 12 horas.

Atendendo à repetição dos ciclos, a evidência mais atual, afirma que um único ciclo de corticoterapia é mais vantajoso do que a sua repetição, uma vez que esta pode aumentar a taxa de complicações maternas como a infeção e a insuficiência suprarrenal e de complicações fetais, nomeadamente a doença pulmonar crónica, supressão suprarrenal, encerramento prematuro do canal arterial, sépsis neonatal, atraso psicomotor, alterações comportamentais e mortalidade neonatal (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). Antes de ministrar, tivemos o cuidado de explicar ao casal grávido quais eram os efeitos terapêuticos (libertação de enzimas

que induzem a produção de surfactante pulmonar fetal) e quais os efeitos colaterais da própria administração. Esta explicação tinha sempre em consideração o perfil ou tipo de casal, e com o cuidado de não alarmar dado que esses efeitos poderiam ser: cefaleias, hemorragias digestivas, insónia, hiperglicemia, euforia, fraqueza muscular e alterações do ritmo cardíaco (Infarmed, 2013).

#### Administrar medicamento (tocolítico) (ICNP, 2011)

A finalidade dos fármacos tocolíticos é evitar o desencadeamento do TP pré-termo ou suspender a contractilidade uterina durante o PPT efetivo, sendo a sua grande vantagem o facto de permitir um prolongamento da gestação em até 7 dias após o início do tratamento e, por conseguinte, possibilitar a estimulação da maturidade pulmonar fetal através da administração de corticoides (Montenegro et. al., 2014).

Segundo o mesmo autor, vários medicamentos de diferentes grupos farmacológicos podem ser utilizados para diminuir ou abolir a contractilidade uterina espontânea que ocorra antes do termo da gestação. Direta ou indiretamente, todos eles atuam através das modificações que provocam nas concentrações do cálcio nas células do miométrio.

Dos tocolíticos disponíveis no serviço, os utilizados mais frequentemente eram a Nifedipina (antagonista do cálcio) e o Atosiban (inibidor dos recetores da ocitocina). A justificação da eleição dos bloqueadores dos canais de cálcio como fármaco de 1ª escolha é apoiada por King et. al. (2003) baseados nos resultados da sua metanálise que demonstra que a nifedipina, para além de retardar o parto em até 7 dias, mostra menor incidência de efeitos adversos para a mulher, diminuiu a incidência de síndrome de dificuldade respiratória do RN, enterocolite necrosante, hemorragia ventricular e icterícia neonatal. A baixa incidência de efeitos secundários e a relação custo-benefício são também fatores que defendem o uso deste fármaco como 1ª linha, utilizando o Atosiban nas situações de intolerância materna, gravidez gemelar ou ausência de resposta clínica à nifedipina. (Montenegro et. al., 2014).

Contudo, autores como Clode, Jorge e Graça (2012) defendem que a escolha do fármaco deverá depender dos seus riscos/efeitos secundários, IG, prática e custos, devendo-se sempre evitar a associação de vários tocolíticos, já que parece estar associada a um aumento da ocorrência de efeitos adversos.

Sempre que administrado Nifedipina como atividade resultante de prescrição, tivemos o cuidado de avaliar a tensão arterial (TA), antes e após a sua administração, pelo potencial risco de hipotensão grave materna, e esta foi administrada por via oral e nunca sublingual.

## **Rotura prematura de membranas**

A RPM está definida como a perda de LA antes de se iniciar o TP, independentemente da IG. Quando ocorre antes das 37 semanas é designada como RPM pré-termo (Golino, Chein e Brito, 2006). Os mesmos autores concordam que a RPM pré-termo acontece aproximadamente em 18% das gestações de termo e entre 20 a 40% nas gestações pré-termo e que a sua etiologia é multifatorial e pouco conhecida, podendo estar relacionada com fatores mecânicos, estruturais ou infecciosos.

Ao fazermos a colheita de dados tivemos sempre o cuidado em recolher os dados referentes ao momento em que aconteceu a perda e a caracterização do líquido perdido.

Quanto ao exame físico, observava-se LA no fundo de saco posterior da vagina, ou este fluía quando era pedido à grávida que executasse a manobra de Valsalva. Relativamente aos exames laboratoriais, o seu principal objetivo era a pesquisa de elementos químicos ou histológicos de LA no conteúdo vaginal (teste de fibronectina fetal, cristalização do conteúdo vaginal (Golino, Chein e Brito, 2006). No entanto, segundo Camano et. al., (2005), apesar de se considerar que existem situações de risco, o exame vaginal não era pertinente e este só era efetuado pelo médico, ou pela EESMO, em situações estritamente necessárias assegurando sempre a técnica asséptica rigorosa, já que constitui um risco para a infeção materno-fetal.

### Repouso no leito

Outra das intervenções dependentes resultantes de prescrição médica era instruir as grávidas para que realizassem repouso no leito. Este diminui a frequência e intensidade das contrações, melhora o fluxo uteroplacentário e alivia a pressão da apresentação sobre o colo, sendo, portanto, uma intervenção que não pode deixar de ser considerada devido ao elevado risco de prolapso do cordão umbilical e consequentemente sofrimento fetal (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008; Sosa et. al. 2004).

No entanto, segundo Lowdermilk e Perry (2008), o repouso no leito está associado a uma vasta panóplia de efeitos adversos na saúde e bem-estar da grávida quer no âmbito físico, nomeadamente pode provocar perda de peso, depleção e fraqueza muscular, desmineralização e descalcificação óssea, aumento do risco de tromboflebites, obstipação, alterações do sono e fadiga e uma recuperação mais lenta no pós-parto, quer no âmbito psicossocial, podendo as grávidas sentir-se mais aborrecidas, tristes, ansiosas, sozinhas, podendo mesmo levar à

depressão. Apesar destas posições de prós e contras, tendo em consideração as implicações que este repouso no leito tinha na qualidade de vida das gestantes com RPM, estas foram motivadas à realização desta intervenção, explicando-lhe as suas vantagens, quer para si quer para o seu bebé e quais seriam as consequências da sua não adesão.

Assim, foram sugeridas às grávidas diversas atividades lúdicas que as ajudassem a gerir melhor esta intervenção dentro das suas preferências, tais como: solicitar a um dos familiares que, caso fosse possível, trouxessem um computador portátil com DVD e internet para ver filmes e series, podendo também contactar com amigas e outros familiares, assim como pedir-lhes que trouxessem alguns objetos que lhe pudessem proporcionar maior conforto, como por exemplo a sua própria almofada. Também tentamos, dentro do possível, flexibilizar os seus horários na gestão da sua rotina e fornecer livros, revistas e outros materiais que lhe permitissem ocupar o seu tempo proporcionando-lhe prazer e bem-estar (Rubarth et. al., 2012; Lowdermilk e Perry, 2008).

### **Distúrbios Hipertensivos**

Outra oportunidade que tivemos foi constatar que muitas das grávidas internadas eram por problemas de síndrome hipertensivo constituindo, portanto, um grande desafio para nós, no sentido de podermos desenvolver a nossa atividade diagnóstica e delinear as intervenções. Nesta situação tal como nas descritas anteriormente, para além dos saberes de enfermagem recorremos ao conhecimento de obstetrícia que refere que a abordagem é diferente quando é diagnosticado numa grávida ou quando a hipertensão arterial (HTA) é prévia à gravidez. (Guzmán-Juárez et al., 2012). Para poder diagnosticar corretamente os estados hipertensivos, segundo o Royal College of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG, 2006) e Oliveira (2008), os valores de HTA devem ser obtidos em duas medições separadas por um intervalo de entre 4 e 6 horas, estando a mulher preferencialmente sentada ou em decúbito lateral esquerdo com o braço ao nível do coração. Era também recomendado às grávidas que não fumassem ou consumissem tabaco 30 minutos antes de proceder a avaliação (Leveno, 2010).

Embora durante muito tempo se tenha considerado o edema generalizado como um sinal preditivo de diagnóstico da pré-eclâmpsia, a evidência científica mais atual mostrou que não constitui um critério de diagnóstico diferencial, já que cerca de metade das grávidas apresenta edema clinicamente patente. Assim, para que seja considerado patológico, tem que ser matutino, envolvendo a face, a região lombar e os membros superiores e inferiores, devendo

aparecer com um súbito aumento de peso (cerca de 2 Kg por semana), antes do mesmo ser manifesto (Graça, 2010; (Rudra, 2011). Neste sentido, era efetuada uma vigilância exaustiva deste para despiste de possíveis complicações.

Os casos de pré-eclâmpsia eram muito comuns no serviço de Gravidez com Complicações, sendo esta uma doença específica da gravidez de etiologia desconhecida. É caracterizada por ser uma síndrome multissistêmica que conduz à diminuição da perfusão de órgãos vitais, alterações no sistema de coagulação e distúrbios relacionados com o volume e o controle da TA, sendo isto reversível com o fim da gestação (Ribowsky, 2012). O diagnóstico pode ser diferenciado em pré-eclâmpsia moderada ou severa, de acordo com a frequência e gravidade dos sintomas apresentados (Churchill et. al., 2013).

Perante uma grávida com HTA, o principal objetivo era prevenir as complicações, nomeadamente a eclampsia e a Síndrome de HELLP (Hemolytic anemia; Elevated Liver enzymes; Low Platelet count).

Contudo, as atividades resultantes de prescrição prestados às grávidas com pré-eclâmpsia englobavam a vigilância de 4h/4h da TA, a administração de antihipertensores, a avaliação de edemas, avaliação e monitorização da dor, monitorização do débito urinário diário e da proteinúria, colheita de espécimes para análise e avaliação de resultados, monitorização cardiotocográfica uma vez por turno, vigilância do estado neurológico e de possíveis convulsões (Lowdermilk e Perry, 2006).

### **Gravidez na adolescência**

Outra das realidades com a que nos deparamos no serviço foi a grande quantidade de internamentos de grávidas adolescentes. De modo geral, a gestação precoce não pode ser qualificada de risco apenas pelo parâmetro biomédico, já que múltiplos aspetos devem ser considerados. Mas segundo Santos et. al., (2014) é consensual que a gravidez na adolescência precoce (< 16 anos), requer especial atenção para possíveis consequências prejudiciais à saúde materna e fetal. Neste sentido, existe uma maior frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer, índice de Apgar mais baixo e doenças perinatais nos RN filhos de mães adolescentes, associando isto a fatores como baixa escolaridade, pré-natal inadequado ou não realizado, baixa condição socioeconómica e estado nutricional materno comprometido (Neto M. e Segre C. 2012).

Contudo, segundo uma revisão integrativa da literatura de Silva et. al., (2013), os riscos maternos e fetais na gravidez adolescente são mais de nível social do que biológico e que a saúde do binómio mãe-filho depende da interação de múltiplos fatores ligados ao estilo de vida

e à condição social e económica. Estes sugerem que fatores como a assistência pré-natal inadequada, ausência do parceiro e a não-aceitação da gestação pela família ou companheiro, entre outros, podem interferir no estado de saúde e bem-estar da gestante adolescente, favorecendo condições adversas ao crescimento e desenvolvimento fetal.

Neste sentido, tivemos a oportunidade de prestar cuidados a uma grávida de 16 anos internada por restrição do crescimento fetal com a qual estabelecemos uma relação próxima e uma grande empatia. A família da grávida não aceitava a gestação, e o seu parceiro não tinha voltado a contactar com ela após a notícia da sua gravidez, sendo muito difícil para ela lidar com a situação. Ao ler o seu historial clínico no boletim de saúde da grávida (BSG), constatamos que só tinha feito 3 consultas pré-natais no seu CS, facto que ela justificava com a dificuldade que tinha tido de se deslocar sozinha até o CS e a falta de interesse e de valor pelas mesmas.

Esta realidade face à gravidez na adolescência é confirmada por vários estudos. Por um lado, um estudo realizado por Oyamada et.al., (2014), verifica associação entre o número insuficiente de consultas pré-natal (<4 consultas) e mães adolescentes. Outros autores referem que o motivo para não assistir ao controlo pré-natal é a falta de recursos económicos, a falta de interesse do companheiro pela gravidez e a gravidez não desejada (Gutiérrez et. al., 2009).

Neste sentido, foi crucial apoiar de uma forma particular as adolescentes grávidas prestando mais atenção aos fatores ligados à condição social e económica e ao estilo de vida, sendo para tal fundamental uma interação cuidada para diagnosticar os problemas e delinear as intervenções, de acordo com as suas necessidades reais em cuidados.

A gravidez e a maternidade provocam alterações quer na vida da mulher quer na vida do casal, que exigem aprendizagens e habilidades específicas para poder desenvolver um processo de transição para a parentalidade saudável (Austin et. al., 2014; Stewart-Brown et. al., 2011). Neste sentido, o internamento surge numa fase em que a mulher poderia estar a frequentar aulas de preparação para o parto e esclarecendo as suas dúvidas sobre a gravidez e a parentalidade. Segundo os mesmos autores, este período torna-se vulnerável na vida dos casais, e pode levar às mulheres ao aumento dos níveis de ansiedade relacionados com preocupações com o bem-estar fetal, consigo próprias, desconfortos fisiológicos e mudanças no seu relacionamento social.

Assim, embora a disponibilidade da mulher não fosse a mesma, este internamento surgiu como um momento excelente de aprendizagem, pelo que muitos momentos foram utilizados para proporcionar intervenções no domínio do ensinar, explicar, instruir e ajudar sobre a preparação para o parto e adaptação á parentalidade. Ao longo do estágio verificamos que as nossas intervenções eram reconhecidas quer pelas mulheres grávidas / casal, quer pelos familiares, sobretudo quando lhes era dada a oportunidade de expor as suas dúvidas e referiam

estar satisfeitas e agradecidas por poder aproveitar o seu tempo para conversar connosco e adquirir conhecimentos sobre uma parentalidade saudável, sobre o seu parto e os cuidados ao seu RN.

Assim, a área de “Gravidez com complicações” facilitou-nos a oportunidade de refletir sobre a problemática da mulher quando é interrompido o seu projeto de maternidade saudável, face às complicações associadas às implicações nefastas da dimensão patológica do estado gravídico, e também sobre a prestação de cuidados baseados na evidência. A nossa atuação pautou-se sempre por promover o bem-estar materno-fetal e a saúde da mulher no período pré-natal, facilitando a sua adaptação à gravidez e à sua situação de saúde, tendo em conta a sua inserção num seio familiar e comunitário, tal como preconiza a OE (2010).





### **3 – TRABALHO DE PARTO E PARTO: UM DESAFIO FASCINANTE PARA CUIDAR O CASAL E FAMÍLIA.**

Esta etapa do percurso de estágio, no núcleo de partos do CMIN, implicou, desde logo, reconhecer que a mobilização dos saberes teóricos aliados aos saberes da ação constituía uma exigência imprescindível quer à realização dos objetivos preconizados pela unidade curricular quer aos objetivos que fizeram parte integrante do nosso projeto de estágio.

A integração, nesta unidade de cuidados, teve início pela apresentação e explicação da estrutura orgânico funcional, do método de trabalho, que era o trabalho em equipa e também os recursos existentes, de forma a podermos identificar o nosso campo de atuação, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem especializados.

Ao longo desta etapa pudemos identificar focos de atenção, fazer diagnósticos de enfermagem, bem como delinear intervenções para situações que requeriam cuidados especializados de enfermagem, quer no TP e parto, desde a fase latente até ao período expulsivo e terceiro período de TP, bem como a vigilância duas horas após o parto, no puerpério imediato, através de intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, e autónomas e interdependentes nas situações de médio e alto risco. As situações de baixo risco, são consideradas aquelas situações em que estão envolvidos processos fisiológicos e normais no ciclo reprodutivo da mulher. As situações de alto risco, são aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2011).

A literatura revela que a assistência durante o TP e parto a mulheres de baixo risco por um EESMO está associada a menores taxas de intervenções, a menor risco de episiotomia e de partos instrumentados assim como a maior sensação de controlo por parte da parturiente, a oportunidade de parto espontâneo e de iniciar amamentação sem complicações, não sendo referida a existência de diferenças na mortalidade perinatal (Hattem et. al.,2010).

As grávidas/parturientes que tivemos oportunidade de cuidar, no núcleo de partos, eram provenientes do SU que após efetuada a triagem eram encaminhadas de acordo com a situação e estadio de TP, com o diagnóstico de TP espontâneo, por indução de TP, pela marcação de cesariana eletiva ou por transferência, do serviço de grávidas de risco, do piso 3, onde estavam internadas.

Nos casos em que as mulheres/casais vinham do exterior e não tivessem sido vigiadas/acompanhadas no CMIN, realizava-se o acolhimento, no momento da admissão, apresentando-se a equipa de saúde, o serviço e os recursos disponíveis, com mais pormenor. Sendo o acolhimento hospitalar da parturiente/casal um episódio marcante na sua vida, a nossa atitude na admissão foi de respeito, apoio e proteção, mostrando sempre disponibilidade para que estes pudessem recordar o momento do nascimento do seu filho de forma positiva (Castán Mateo, S. e Tobajas Homs, JJ. 2013).

As grávidas /parturientes e acompanhantes que assistiram às aulas de preparação para o parto, realizadas no CMIN, era notória uma integração mais rápida e fácil, pois já tinham tido a oportunidade de visitar o serviço, acompanhadas pela enfermeira especialista que lhes fazia, nessas aulas, a preparação para o parto e para a parentalidade. Facto esse que facilitava a adaptação no bloco de partos e também ao internamento.

A colheita de dados, quer através do BSG quer através da entrevista, revelou-se de extrema importância. No BSG foram consultados dados referentes à vigilância da gravidez, tais como o local, frequência e número de consultas realizadas, os antecedentes obstétricos/ginecológicos da gravidez atual, a idade do casal, antecedentes familiares relevantes, grupo sanguíneo, *Streptococcus agalactiae* e alergias, assim como resultados de exames complementares realizados durante a gravidez. Na entrevista inicial à parturiente era questionada sobre qual o nome pelo que desejava ser tratada, assim como o nome, se escolhido, para o seu “bébe” e qual o acompanhante significativo que gostaria de ter presente durante o TP e parto.

Neste sentido, sempre foi considerado o contexto sociocultural da mulher/casal de forma a desenvolver a nossa atividade diagnóstica e a prestar cuidados culturalmente congruentes durante o seu TP e parto, promover um ambiente seguro e confortável para a parturiente/casal onde se sentissem confiantes e compreendidos para lidar com a situação de transição e pudéssemos ajudar o RN na sua adaptação à vida extrauterina, tal como é preconizado pela APEO (2009). Foi também reconhecido, desde o primeiro contacto, a importância em estabelecer uma relação empática, para podermos incutir a confiança e promover a esperança deste casal, durante o TP e parto.

Prestamos cuidados a cada parturiente como um ser único, que englobou conhecer as suas crenças e valores, as suas expectativas, os seus receios, e também cuidados de conforto, o aconselhamento, a informação e instruímos, também, a parturiente e seu acompanhante significativo, que na maioria dos casos era o pai do RN, para saberem como agir no momento

quando fosse pedido o seu envolvimento e participação. Agimos de acordo com Hodnett et al. (2011), ao referir que caso as parturientes recebam um apoio contínuo, estão mais predispostas a ter um parto vaginal espontâneo, com menores probabilidades de complicações, intervenções obstétricas, de necessidade de analgesia, assim como um período de TP mais curto.

Algumas das parturientes/casais a que prestamos cuidados nunca tinham tido contacto com o ambiente hospitalar pelo que, alguns deles, associavam ao internamento algo negativo relacionado com situações patológicas. Além disso, as rotinas e os protocolos hospitalares podiam também potenciar essa ideia negativa do internamento e podia ter impacto na própria dilatação e evolução do TP (Look et. al., 2003). Pois, devido ao stress, medo e ansiedade que as mulheres podiam experienciar por libertação de betaendorfinas, e os efeitos fisiológicos e psicológicos que isto provocava podiam bloquear o músculo liso e diminuir, assim, a contratilidade uterina levando a um prolongamento do TP (APEO, 2009). Com o objetivo de promover o conforto e diminuir estes níveis de stress e ansiedade, foram sempre implementadas intervenções como “permitir e encorajar a presença de uma pessoa significativa” e “promover a privacidade da parturiente/casal” (ICNP, 2011, APEO, 2009).

Uma das preocupações que presidiu à nossa dinâmica e organização das atividades, ao longo do estágio, no bloco de partos, foi dar continuidade aos cuidados durante o período de TP. Procuramos sempre acompanhar a parturiente e casal até que se desencadeasse o parto. Todavia, nem sempre foi possível acompanhar o casal até ao final para poder partilhar com eles o momento do parto, que era para si tão significativo. Apesar de tudo, embora tal preocupação implicasse uma permanência no campo de estágio mais prolongada no horário do turno, sempre que podíamos ficávamos, pois constatamos que esta atitude era muito apreciada pelos casais e que fazia com que se sentissem mais seguros e confiantes nas suas experiências de TP e parto, o que vai de encontro à perspetiva de Jonge et. al., (2014).

A presença de uma pessoa para suporte contínuo durante o TP tem sido estudada ao longo dos últimos anos, já que gera alguma controvérsia aos profissionais de saúde e às próprias normas hospitalares. Historicamente, o parto foi caracterizado como um acontecimento feminino e no ambiente domiciliar, onde a mulher era assistida e apoiada por outras mulheres do seu âmbito, geralmente uma parteira e a sua mãe e parentes (Kitzinger , 1996). Todavia, no século XX, teve lugar a institucionalização do parto, que deixando de ser um evento feminino, íntimo e familiar passa a ser vivenciado num hospital com as suas rotinas e procedimentos, respondendo às necessidades dos profissionais e não das mulheres e da sua família. Esta institucionalização teve como consequência direta a medicalização do parto, sendo o processo

de parto altamente intervencionado e adaptado cada vez mais às novas tecnologias. (Diniz; 2001; Motta e Crepaldi, 2005).

Contudo, nos dias hodiernos a gravidez e o próprio TP não são eventos experienciados só pela mulher, mas sim pelo casal, o qual experimenta muitas emoções e sensações que recordarão para o resto das suas vidas como um momento extraordinário. Assim, a realidade com que nos deparamos no CMIN foi a participação do pai na maioria dos internamentos, permitindo a possibilidade de uma melhor qualidade na assistência ao nascimento do RN apesar de se tornar um desafio à prestação de cuidados. (Pousa, 2012)

Segundo o documento “Assistência ao parto normal: uma guia prática” do Programa de Maternidade Segura da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996, p. 6), “uma parturiente deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sinta a vontade: seu parceiro, sua amiga, ou enfermeira-obstétrica”, proporcionando esta presença e apoio do acompanhante benefícios à sua própria saúde e à do bebê.

Em Portugal, a presença de um acompanhante na sala de partos foi permitida a partir da Lei 14/85 de 6 de julho da Assembleia da República, referindo que “A mulher grávida internada, em estabelecimento público poderá, a seu pedido, ser acompanhada durante o trabalho de parto pelo futuro pai e, inclusive, se o desejar, na fase do período expulsivo...”. Assim sendo, o respeito relativamente à escolha da mulher quanto à presença ou não de uma pessoa significativa durante o seu TP é considerada uma boa prática, com utilidade comprovada e que deve ser incentivada (Brüggemann et. al., 2007; Hodnett, 2003).

Neste sentido, existem diversos estudos que demonstram os benefícios precoces dos pais para com os seus filhos, quer para o próprio pai, favorecendo o fortalecimento dos laços familiares e sentindo-se mais preparados para desenvolver o seu papel paternal no futuro, quer para a parturiente. Para esta, no momento de parto, a figura do progenitor apoia-a de uma maneira mais íntima e afetiva, auxiliando-a emocional, empática e psicologicamente, sendo possível uma experiência mais positiva do parto e ajudando-a a reduzir o uso de sedativos (Lothian e DeVries, 2005; Tomeleri et. al., 2007; Backstrom 2009; Sarkadi A, et.al., 2008). Estudos têm ainda comprovado que o apoio contínuo durante o TP promove uma diminuição da incidência de partos distócicos e da duração do mesmo, levando a uma maior satisfação da experiência de parto pelos casais e aumentando a eficácia do aleitamento materno (Hodnett et. al., 2013).

Embora diversos trabalhos tenham abordado a questão da paternidade, assim como os benefícios para a parturiente da presença do pai ou pessoa significativa no TP e parto, todos mostram limitações sobre a própria experiência vivenciada pelo homem durante este processo.

Ao longo do estágio no núcleo de Partos, sentimos a necessidade de procurar a evidência científica mais recente sobre os sentimentos vivenciados pelos pais que participam e/ou assistem ao parto. Assim, os resultados desta pesquisa demonstram que a experiência do homem no TP e parto desencadeia manifestações sentimentais independentemente da faixa etária, níveis de instrução e estado civil. Estes sentimentos são qualificados por eles próprios como inexplicáveis, constituindo um marco importante para as suas vidas.

O parto engloba um processo no qual os sentimentos mudam constantemente e em que tais sentimentos se vivenciam ao mesmo tempo. Assim, durante o TP e parto os pais têm sentimentos positivos, como orgulho, felicidade e sentimentos negativos, como desconforto, nervosismo, ansiedade e agitação, sendo os primeiros significativamente mais comuns (Alexandre, A.M.; Martins, M., 2009). Aliás, o facto de poderem vivenciar o parto faz com que o homem valorize muito mais a mulher, se sinta participante e importante neste processo, e mais disposto e preparado para exercer o seu futuro papel parental. As experiências dos pais foram associadas ao tipo de parto, sendo, portanto, essencial por parte dos profissionais de saúde proporcionar cuidados de qualidade adaptados ao tipo de parto e a cada situação, em particular, interagindo com os pais de uma forma empática e respeitosa (Johansson, M. et. al., 2011).

Neste sentido, foi sempre proporcionada informação fiável em relação ao parto, assim como encorajada presença do pai durante o mesmo e incentivar a sua participação ativa no cuidado à companheira. O parto é caracterizado pelos pais como um momento de partilha, decidindo-o e preparando-o juntos, sentindo-se envolvidos durante todo esse período.

Assim sendo, durante esta etapa, foi fundamental conhecer as expectativas, opiniões e competências dos pais durante o TP e parto, para podermos intervir da melhor forma possível, tendo sempre como alvo dos nossos cuidados em saúde o bem-estar do casal num momento tão importante das suas vidas. No momento do parto, se assim o desejasse a parturiente e o pai, e sempre que a situação o permitisse, o pai podia ser chamado a participar para cortar o cordão umbilical, ver e tocar no RN, logo a seguir ao seu nascimento, facilitando a vinculação precoce desta tríade.

Após a admissão e o acolhimento dos casais, iniciava-se o processo de enfermagem e identificavam-se os diagnósticos de enfermagem. Dependendo do motivo de admissão, os

diagnósticos de enfermagem definidos foram “Oportunidade de Trabalho de Parto” ou “Trabalho de Parto” (ICNP, 2011).

O TP divide-se em três estádios. O primeiro estágio decorre desde o início das contrações uterinas (CU) até à dilatação completa do colo uterino, podendo ainda subdividir-se em três fases distintas. A primeira, a fase latente, é caracterizada pela percepção de contrações, ainda irregulares, extinção do colo uterino e dilatação até aos três centímetros (NICE, 2014). É uma fase que ocorre de forma lenta, nem sempre contínua, podendo durar até 20 horas. A fase ativa, por sua vez, já é caracterizada pela ocorrência de contrações regulares e ocorre entre os 4-8 cm de dilatação. Por último, a fase de transição, ocorre dos 8 aos 10 cm de dilatação. O segundo estágio de TP ou período expulsivo ocorre desde a dilatação completa até à expulsão do feto, que pode durar entre 45 a 60 minutos na nulípara e 15 a 20 minutos na multípara. O terceiro estágio, denominado dequitadura, ocorre desde a expulsão fetal até à saída da placenta e membranas, e tem uma duração aproximada de 30 min (Graça, 2010).

Baseados na evidência científica, seguidamente será desenvolvido o processo de TP e o respetivo papel do EESMO nas diversas fases que o concretizam, assim como um capítulo sobre a indução de trabalho de parto.

### **Indução do trabalho de parto**

Como já foi referido, tivemos oportunidade, neste estágio, de experienciar o cuidado à mulher / casal durante o TP. Pudemos constatar que apesar da evidência mais atual sugerir que a admissão da mulher deve ser numa fase de TP já avançada, em algumas situações a indução do TP era a opção clínica, o que de acordo com a literatura é também a mais favorável e segura para um desfecho perinatal positivo (NICE, 2008; Ayres de Campos et. al., 2008).

A DGS (2007) define indução de TP como a iniciação artificial de CU rítmicas de forma a desencadear o TP antes do seu início espontâneo, e segundo vários estudos da Cochane analisados estima-se que 20% a 30% dos partos ocorrem após induções de TP, fato que demonstra a normalidade de esta intervenção obstétrica (Glantz, 2003; Dowswell et al., 2010; Jozwiak et al., 2013). Esta é decidida sempre que o término da gravidez apresente maior benefício e menos riscos para a saúde

As necessidades de indução de TP não são absolutas e devem ser avaliadas caso a caso, tendo em consideração o estado de saúde materno-fetal, os riscos que o prolongamento da

gravidez pode acarretar para ambos, a IG, a avaliação do colo uterino e da pelve materna, a estimativa do peso fetal e a sua apresentação. Esta técnica não deve ser considerada em gravidezes consideradas de baixo risco, seja por desejo de abreviar a duração da gestação, seja por vontade de agendar a data do parto (DGS, 2015).

As indicações mais frequentes para indução de TP passavam por várias situações tais como: a gestação até 42 semanas, pré-eclampsia, atraso de crescimento intrauterino, RPM, diabetes mellitus, isoimunização Rh, suspeita de hipoxia fetal, para além de gravidez pós-termo, macrossomia e o óbito fetal (Graça, 2010; ACOG, 2009). No caso de grávidas com diabetes prévia ou gestacional a indução poderá ser um importante recurso para evitar mortes fetais e complicações relacionadas com o aumento de peso fetal tais como lesão do plexo braquial, associada a distócia de ombros (Dorey et. al., 2013).

O estado de amolecimento do colo uterino é fundamental para a escolha do método de indução. Assim, sempre que era decidida a indução de TP pelo médico, era avaliado o Índice de Bishop, que reflete a avaliação realizada pelo toque vaginal, ou seja, a extinção e a dilatação, a consistência e a localização do colo uterino, assim como a apresentação, posição e variedade da apresentação. Pela avaliação dos cinco itens que o compõe, conduz a duas atitudes terapêuticas. Nas situações com o índice de Bishop inferior a 7, era realizada previamente a maturação cervical/indução de TP com prostaglandinas (Propess 10mg ou Cytotec 50ug). Após a administração das prostaglandinas como intervenção resultante de prescrição, as parturientes ficavam monitorizadas, de forma contínua, durante duas horas, ou enquanto existisse dinâmica uterina, para avaliação de alterações no bem-estar materno-fetal, privilegiando-se a posição de decúbito lateral esquerdo (ACOG, 2009). Quando o índice de Bishop era superior ou igual a 7 era prescrita a indução do TP com ocitocina (10 unidades de ocitocina em 1000 ml de glicose 5%), situação que vai de encontro ao preconizado por (ACOG, 2009; Kirby, 2004)

Ao longo do estágio, sempre se considerou o risco de se verificar uma estimulação excessiva da contratilidade uterina, que por vezes podia culminar numa taquissístolia ou hipertonia uterina comprometendo a perfusão sanguínea e consequente oxigenação fetal (ACOG, 2009). Neste sentido, foram vivenciadas situações em que se detetou uma disfunção hipertónica uterina, mas sem apresentar repercussões na dinâmica cardíaca fetal. Sempre que identificamos situações de potencial risco, foi comunicado à Enf. Orientadora/tutora e posteriormente, como intervenção preventiva, procedeu-se à suspensão ocitócica, a qual foi suficiente não tendo sido necessário a implementação de protocolos de tocólise.

Nos casos de internamento para indução de TP com ocitocina, os casais foram informados sobre os objetivos do plano terapêutico estabelecido, os riscos e benefícios associados à medicação administrada e a evolução e os resultados esperados ao longo do internamento, estando sempre disponíveis para prestar todas as informações necessárias.

Relativamente ao planeamento de cuidados de Enfermagem, incidiu-se em vários focos: “Oportunidade de TP” e “Consciencialização” tendo como principal atividade de diagnóstico: “avaliar consciencialização do casal sobre a situação atual” e “conhecimento sobre maturação/ indução de TP” pois sem este conhecimento o casal não poderia ter uma consciencialização facilitadora da intervenção. Os critérios de resultados eram que o casal adquirisse a consciencialização e o conhecimento necessário para lidar com o TP e o Parto como um fenómeno natural, biológico e sociocultural (ICNP, 2011)

### **Período de dilatação**

O diagnóstico de TP continua a não reunir consensos na obstetrícia. Porém, o diagnóstico era feito através de um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação e extinção do colo uterino, assim como à progressão do feto através do canal de parto e ao nascimento (Fraser et. al., 2010). Os critérios habitualmente utilizados eram a presença de CU espontâneas, pelo menos duas em 15 minutos e pelo menos dois dos seguintes sinais: extinção cervical; dilatação cervical de 3 centímetros ou mais, rutura espontânea das membranas da bolsa amniótica (ICSI, 2007). É um processo que se vai desencadeando ao longo do tempo, pelo que não é um processo único, mas sim contínuo, sendo diferente se a parturiente for nulípara ou múltipara (Graça, 2010).

Apesar do internamento hospitalar dever acontecer quando a mulher se encontrava em TP, e já na fase ativa. para que as parturientes passassem menos tempo na sala de expectantes, apresentassem menor necessidade de controlo da dor e, consequente, menor possibilidade de receber intervenções obstétricas desnecessárias, esta realidade nem sempre era observada (Porto, Amorim, Souza, 2010). Assim, reconhecer o início do TP e o período em que a parturiente se encontrava, era crucial para poder planear e realizar intervenções adequadas e individualizadas a cada casal. A opinião de Louzen et Hodnett (2009) vai de encontro aos autores supracitados, já que evitar a estadia da mulher no hospital durante a fase latente do primeiro estadio do TP pode fazer com que o internamento seja mais curto e resulte numa menor duração do segundo estadio do TP, sem afetar o prognóstico perinatal.



A progressão do TP era registada no partograma, sendo este um instrumento de baixo custo e fácil utilização em todas as parturientes. Permitia a avaliação do progresso do TP, realizando registos da dilatação e extinção do colo e a descida da apresentação, além de outros dados relacionados com a frequência cardíaca fetal, integridade das membranas e contratilidade uterina (Rocha et. al., 2009). Segundo a OMS, (1994) e (Vasconcelos et. al., 2013), melhora a assistência prestada à parturiente, reduzindo ainda os riscos de morbilidade e mortalidade materno-fetal e evita intervenções obstétricas consideradas desnecessárias.

No entanto, se for assumido que todas as parturientes têm evolução similar no TP, o seu uso pode levar a intervenções desnecessárias, tais como: aumento da frequência da amniotomia, uso de ocitocina e analgesia. Neste sentido, uma meta-análise realizada pela Cochrane no sentido de avaliar o uso ou não do partograma e os modelos existentes, concluiu que são necessários mais estudos para estabelecer indicações sobre a eficácia da sua utilização e sobre as vantagens do desfecho do TP, já que não se demonstraram vantagens na utilização do mesmo quando comparadas as percentagens de partos eutócicos e distócicos; score de índice Apgar obtido ao 5º minuto de vida do RN ou mesmo nos cuidados prestados ao longo do TP (Lavender et. al., 2013). Outro estudo, realizado por McDonald (2010), conclui que o início do preenchimento do partograma deverá ser feito o mais próximo possível da fase ativa, já que se for realizado na fase latente pode implicar intervenções obstétricas desnecessárias associadas a um TP estacionário, podendo tratar-se de um falso início do TP.

Apercebemo-nos que muitas das mulheres/casais tinham habitualmente dúvidas e preocupações que às vezes não manifestavam exceto quando foram incentivadas a tal, pelo que foi fundamental um diálogo inicial acerca das suas preocupações e preferências.

Neste sentido, foram questionadas se possuíam algum plano de parto que gostariam de nos facultar, e apesar de não termos a oportunidade de cuidar a nenhum casal que trouxesse nenhum documento oficial, muitos deles traziam umas pautas bem delineadas acerca dos seus desejos sobre como queriam que decorresse o seu TP e parto. Alguns casais mostraram preferência pela adoção de determinado posicionamento. Algumas mulheres preferiam não ver a sua placenta, e a maioria delas referiam que não queriam ser submetidas a episiotomia (apenas quando necessário). Também a maioria dos acompanhantes gostavam de poder cortar o cordão umbilical. Assim, durante o período de ensino clínico no serviço as preferências da mulher/casal foram sempre respeitadas de acordo com o possível tendo em conta o bem-estar materno-fetal.

A avaliação das CU e a identificação de modificações na frequência cardíaca fetal durante o TP foi possível através do CTG, permitindo avaliar o bem-estar materno e fetal, no âmbito do foco trabalho de parto (ICNP, 2011; RCOG, 2007; ACOG, 2005). Atendendo às CU, prestou-se atenção aos sinais de taquissistolia e hipertonia, sendo a primeira a presença de mais de 5 contrações em cada 10 minutos e por mais de 20 minutos e a segunda contrações com duração superior a 2 minutos. O seu uso de forma contínua apresenta como desvantagens a complexidade dos padrões da frequência cardíaca fetal, impede a livre deambulação materna, e o aumento do risco de intervenções, sobretudo a cesariana, devido aos resultados falso-positivos que indicam comprometimento fetal quando este não existe (Alfirevic et. al., 2010).

Numa meta-análise realizada pelos mesmos autores, concluiu-se que não se verificaram diferenças significativas no desfecho fetal entre mulheres monitorizadas de forma contínua e as que foram monitorizadas intermitentemente atendendo aos desfechos neonatais de morte e de paralisia cerebral. Os resultados parecem ainda apontar para um aumento do número de partos instrumentados ou cesarianas nas mulheres em que se optou por monitorização contínua, embora pareça haver uma menor morbilidade em mulheres monitorizadas de forma contínua. Segundo Devane et. al., (2012), a monitorização contínua é apontada como um fator que acresce em 20% o risco de cesariana quando realizada em mulheres com uma gravidez considerada de baixo risco, sem qualquer evidência de benefícios, indo ao encontro de outras recomendações já publicadas.

Neste sentido, o uso da CTG de forma contínua não demonstra melhorias significativas em relação ao prognóstico neonatal, além de que aumenta a morbilidade materna (Amorim et. al., 2010).

Assim, as diversas sociedades internacionais sugerem que o uso rotineiro da auscultação da frequência cardíaca fetal por CTG contínua, para predição de resultados adversos, não é recomendada, uma vez que não melhora significativamente o prognóstico neonatal e aumenta a morbilidade materna (Chalmers et. al., 2009; OMS, 2003). A nossa prática foi sustentada na evidência científica e no protocolo do serviço que seguia as normas da NICE (2014), que também incentiva a monitorização intermitente nas parturientes de baixo risco. Assim, durante a fase latente do TP foi realizada a CTG durante 30 minutos, em cada duas horas. Nos casos em que as parturientes tivessem recebido recentemente ocitocina e/ou prostaglandinas, a monitorização cardiotocográfica foi contínua, devido aos riscos que estes fármacos acarretam (hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina com hipoxia fetal e rotura uterina) (DGS, 2015). Na fase ativa do TP, realizou-se monitorização cardiotocográfica contínua externa.

No diagnóstico “Trabalho de Parto”, foi realizada a intervenção “avaliar o traçado cardiotocográfico” (ICNP; 2011).

O traçado CTG pode ser considerado normal, suspeito ou patológico, de acordo com os dados obtidos através do mesmo (NICE, 2014; Ayres de Campos et. al., 2008). Os dados que classificam um traçado como normal são: a variabilidade longa (5-25bpm) maior que 5bpm na maior parte do traçado, frequência cardíaca fetal basal (110-160 bpm), pelo menos duas acelerações em 50 minutos de traçado e sem desacelerações (exceto esporádicas duas ou menos em 50 minutos e menores de dois minutos). Quando um traçado é considerado suspeito, estamos perante um ou mais indicadores que não se encontram dentro dos critérios de normalidade referidos. Um traçado patológico, por sua vez, refere-se à presença de uma variabilidade curta (inferior a 5 bpm por mais de 60 minutos na ausência de medicação que possa alterar a frequência cardíaca fetal; uma variabilidade curta diminuída, muitas vezes identificada através de padrões sinusoidais ou pseudo-sinusoidais; ou ainda de desacelerações repetitivas, que ocupam mais do 50% do traçado com variabilidade longa reduzida ou desacelerações prolongadas (Ayres de Campos et. al., 2008). Sabíamos que a avaliação tocográfica obtida, apesar de considerada na percepção da frequência e duração das CU, não permitia avaliar a intensidade das contrações, obtida apenas com recurso a uma monitorização interna. Deste modo, a decisão de iniciar ou suspender perfusões com ocitocina não deveria ser realizada com base na análise da intensidade obtida externamente (Soares, 2014; Montenegro et. al., 2013). Também os registos obtidos através da monitorização cardiotocográfica não conduziam, por si só, a decisões que implicassem alterações nos cuidados prestados à parturiente (NICE, 2014).

Tivemos oportunidade de identificar vários casos de traçados cardiotocográficos com indicadores suspeitos de risco. A nossa atuação foi sempre comunicar este incidente à Enfª tutora e ou à restante equipa multiprofissional que acompanhava o TP. Alguns deles, conduziram à decisão de cesariana de emergência ou de interrupção do plano terapêutico definido.

A avaliação através do toque por via vaginal era outra intervenção que pode fornecer dados importantes para avaliar o TP e sua evolução. Porém, é uma prática cada vez mais suscitadora de questões quanto à sua periodicidade ou mesmo em relação à eficácia e necessidade (Downe et. al., 2013). Quanto à situação colo uterino, podemos perceber qual a sua dilatação, extinção e posição. Relativamente ao feto, podemos observar a sua progressão pelos planos de Hodge, a sua apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), a sua variedade (anterior, posterior ou transversa), a sua posição (esquerda ou direita), a sua situação (longitudinal,

transversa ou oblíqua) e ainda a sua atitude através da flexão fetal. Este foi um dos aspetos em que mais dificuldade tivemos durante este estágio, já que constatamos que é preciso muita perícia e prática para se conseguir identificar as estruturas pélvicas envolventes e diferenciar os graus de dilatação e extinção. Mas, esta dificuldade foi ultrapassada, com o treino contínuo e a busca sistemática de evidência e a aquisição de conhecimentos práticos para uma correta avaliação.

Durante este percurso formativo, assistimos com relativa frequência à realização do toque vaginal por parte de alguns profissionais, pouco tempo após a última avaliação. Esta intervenção rotineira foi questionada por vários autores, já que não existe evidência científica suficiente que justifique ou contraindique a sua prática (Downe et. al., 2013). É percecionada como um evento stressante, doloroso ou mesmo agressivo para as parturientes, sendo, importante perceber até que ponto esta intervenção é de facto a mais adequada. Dixon e Foureur (2010) acrescentam que os toques vaginais são experimentados pelas mulheres como geradores de ansiedade e de desconforto, podendo causar traumatismo nos tecidos e infeção.

Ao longo do estágio, deparámo-nos com casais cada vez mais informados e que desejavam um parto o mais natural possível, referindo que desejavam que o toque vaginal fosse realizado o menor número de vezes possível. Esta vontade referenciada foi por nós respeitada, já que esta perspetiva é corroborada pela OMS (1996) e Graça (2010) em que este exame deve ser realizado apenas em casos específicos, como na admissão da grávida, se se verificar uma alteração significativa da atividade uterina, quando ocorresse rutura de membranas ou se observassem desacelerações variáveis da diminuição uterina da FCF, ou quando a mulher sentisse pressão na região perineal ou vontade de fazer esforços expulsivos,

Assim sendo, sempre que se realizava um exame vaginal, eram ponderados os riscos e benefícios e considerados os toques realizados anteriormente por outros profissionais. Antes do início da sua execução era explicado à parturiente em que consistia e era pedida a sua permissão. Depois de a mulher adotar uma posição mais confortável, o exame era realizado com luva esterilizada e lubrificante. Os cuidados foram individualizados e adaptados à situação de cada mulher, tendo em conta os benefícios da realização do exame vaginal com o dano potencial que podia ser causado pela intervenção (Winter et. al., 2009).

Relativamente ao procedimento da amniotomia também foi questionado por alguns casais, e também esta gera alguma controvérsia entre os diferentes profissionais de saúde, uma vez que se trata de um procedimento invasivo que ainda suscita muitas dúvidas como intervenção favorável da progressão do TP. Consiste na rotura das membranas artificialmente

com uma Pinça de Herff, sendo um procedimento asséptico e realizado com o objetivo de induzir e/ou encurtar a duração do TP (Cunningham et. al., 2010). Porém, segundo a NICE (2014), num TP que esteja a evoluir sem qualquer complicação, não é aconselhada a sua realização por rotina.

A evidência científica mais atual aborda a realização da amniotomia, quer com a realização de estudos que a abordam como intervenção única para induzir e/ou encurtar o TP, quer como método complementado com a utilização de fármacos como a ocitocina. Consiste numa intervenção útil e económica, apesar de não existirem resultados suficientes para incentivar a sua prática (Bricker e Lucas, 2012). É uma das práticas mais realizadas pelos profissionais de saúde em todo o mundo, apesar de não ser recomendada a realização desta prática rotineiramente, já que existem riscos associados à sua execução, nomeadamente o risco de prolapso de cordão e alterações a nível da frequência cardíaca fetal (Smyth et. al., 2013).

Segundo uma revisão sistemática de Cochrane realizada no 2013, o mecanismo pelo qual a amniotomia facilita a evolução do TP ainda não se encontra bem definido, mas acreditam que depois de realizada a rotura aumenta a libertação de prostaglandinas e ocitocina, ocasiona CU mais fortes e uma dilatação cervical mais rápida (Smyth et. al., 2013). Este procedimento não pode ser recomendado como intervenção de rotina na fase ativa do TP uma vez que não se conseguiu identificar diferenças estatisticamente significativas relativamente no que toca à duração do TP, número de partos instrumentalizados e taxa de cesariana satisfação materna face à experiência do parto e índice de Apgar inferior a 7 ao 5º minuto de vida no que concerne ao grupo experimental e ao grupo de controlo (Smyth et. al., 2013).

Autores como Evans (2010), Abdullah, Saboohi e Hashami (2010) e Bellad, Kamal e Rajeshwari (2010) concordam, na medida em que a realização deste procedimento na fase ativa do TP encurta significativamente o TP, mas quando realizada durante ou antes da fase latente do TP não se mostrou benéfica para a evolução.

No entanto, é extremamente necessário continuar a investigar os efeitos deste procedimento, chegando a novas evidências, apesar de considerarem que não existe nenhuma razão para tentar manter a integridade das membranas amnióticas num TP espontâneo numa primigesta na qual a amniotomia não está contra-indicada (Bellad, Kamal e Rajeshwari, 2010).

Com o objetivo de investigar os efeitos da estimulação precoce do TP com a amniotomia e a ocitocina na prevenção e tratamento do TP prolongado, a taxa de cesarianas e os indicadores de morbilidade materna e neonatal, Wei et. al., (2013) mostram na revisão sistemática que a realização de amniotomia associada à administração de ocitocina reduz a percentagem de partos distócicos por cesariana em casos de TP prolongado, sendo estimada uma redução de

cerca de 70 minutos na duração do TP. Neste sentido, Nachum et. al., (2010) concordam com os autores anteriores, na medida em que a realização combinada de amniotomia e a administração de ocitocina foram mais eficazes na progressão do TP em mulheres com fase latente prolongada, em comparação com a realização das intervenções isoladamente.

Contudo, durante a prática clínica, tivemos a oportunidade de realizar amniotomias sempre que todas as condições necessárias estivessem reunidas, nomeadamente o TP se encontrasse em fase ativa com mais de 5 cm de dilatação cervical, a apresentação fetal estivesse bem apoiada no sentido de evitar a ocorrência de prolapso do cordão e não houvesse qualquer indício de sofrimento fetal (Smyth et. al., 2013).

Antes do procedimento a parturiente era informada sobre a técnica, após o consentimento informado e realizado exame vaginal. Era introduzido a pinça de Herff por entre os dedos e efetuado um movimento de 360º até romper a bolsa. Com os dedos ainda introduzidos, era mantido a pressão no fundo uterino para manter a apresentação apoiada, permitir a saída do LA e evitar o prolapso do cordão. Antes, durante e após o procedimento era avaliado a frequência cardíaca fetal para avaliação do bem-estar fetal e prevenção de complicações de prolapsos ou compressões do cordão com desacelerações fetais e infeções ascendentes. Após a rotura, procedeu-se à intervenção "avaliar características do LA" (cor, cheiro, quantidade), sendo as mesmas registadas, assim como a hora da rotura.

A presença de mecónio no LA ocorreu em algumas situações. Hofmeyr et. al., (2014) e Siriwachirachai et. al., (2012) referem que existe um risco acrescido de mortalidade e morbilidade neonatal, estando associado a efeitos adversos fetais (síndrome de aspiração de mecónio, internamento em unidade de terapia intensiva neonatal, sépsis neonatal, paralisia cerebral, convulsões e doenças pulmonares), pelo que se procedeu à avaliação cardiotocográfica contínua para uma avaliação sistemática do bem-estar. A presença de mecónio foi sempre notificada à equipe profissional presente e preparou-se o material de reanimação cardiopulmonar, no caso, de ser necessário intervir.

Após a rotura, proporcionamos sempre que foi necessário medidas de higiene e conforto como cuidados de higiene perineais à parturiente, uma vez que a presença de LA era contínuo até que ocorresse o parto. De acordo com o protocolo do serviço, quando a parturiente tinha uma rotura de membranas superior a 12 horas, de risco de PPT, e de transmissão vertical de *Streptococcus agalactiae* durante o TP e parto, iniciava-se profilaxia antibiótica, fazendo preferencialmente duas tomas antes do parto como mínimo, para diminuir o risco de infeção materna e neonatal. A profilaxia intraparto para *Streptococcus agalactiae* foi uma das

intervenções resultantes de prescrição que realizamos e que importa, também, referenciar, pois foi feita em gestantes colonizadas ou quando a cultura não foi realizada e na presença de fatores de risco. O protocolo do serviço visava um esquema que reduz significativamente o risco de sepsis neonatal precoce por EGB. Este vai de encontro à perspectiva de Smaill (2010), sendo essa antibioticoprofilaxia realizada com penicilina cristalina, 5 milhões de unidades, seguindo-se 2,5 milhões de unidades por via intravenosa a cada 4 horas, até ocorrer o parto.

A eliminação vesical foi um foco de atenção (ICNP; 2011), pelo que as mulheres foram encorajadas à micção espontânea, de duas em duas horas. Também foram implementadas outras intervenções, tais como supervisionar o percurso até aos sanitários e avaliar as características da urina. Nas situações em que se considerou que a deambulação poderia comprometer a saúde da mulher foi incentivada a micção espontânea, mas em decúbito dorsal.

Relativamente à eliminação intestinal e realização de enema através da aplicação de laxante de contacto, verificamos que era motivo de controvérsia entre os profissionais. Ao contrário do que era prática habitual antigamente, no momento da admissão da parturiente já não se preconiza por rotina a sua realização.

A realização de enema de limpeza surgiu por se considerar que a limpeza do reto prevenia a infeção materna e neonatal e facilitava o parto, reduzindo a contaminação fetal ao nascimento e a infeção materna e neonatal (OMS, 1996; 2003). No entanto, atendendo à literatura consultada sobre a temática, segundo um meta-análise de Reveiz et. al., (2010), conclui-se que não há evidências suficientes para recomendar a indicação de enema por rotina, pois não apresentam qualquer tipo de benefício para a mulher nomeadamente nas taxas de infeção materna e neonatal, na duração do TP, na frequência da contaminação fecal e nos custos da assistência sanitária. A APEO (2009) concorda com estes autores, e pronuncia-se justificando que não há evidências científicas atuais que comprovem a sua eficácia na diminuição do risco de infeção materno-infantil. Assim, durante o estágio esta prática não foi realizada rotineiramente, sendo efetuada apenas a pedido das parturientes.

Atendendo à tricotomia dos pelos pubianos ou perineais, este também era um procedimento que se realizava apenas antes do parto com o intuito de reduzir o risco de infeção caso fosse realizada uma episiotomia ou existisse laceração perineal espontânea, assim como de favorecer uma episiorrafia mais segura e fácil (Basevi et Lavender, 2010). Porém, a tricotomia acarreta inconvenientes, tais como eventuais pequenas lacerações resultantes da mesma, favorecendo as infeções e podendo provocar incómodo à mulher quando os pelos voltam a crescer (Castán Mateo, S. e Tobajas Homs, JJ. 2013). Uma revisão sistemática de Basevi et

Lavender (2010) conclui que não existem evidências que justifiquem a sua prática por rotina em mulheres em TP, não tendo sido uma prática realizada durante o estágio.

Os focos de atenção “dor de período de dilatação cervical” e “dor de período expulsivo” (ICN, 2011) estiveram presentes na maioria dos processos de enfermagem desenvolvidos. A classificação internacional para a prática de enfermagem define a dor do TP como uma *“sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto”* (ICN, 2011, p. 50).

A dor associada ao TP é ainda alvo de estudo, uma vez que a forma como esta é percebida e manifestada é muito variável e deve ser entendida atendendo aos vários fatores que influenciam a sua presença (Castán Mateo, S. e Tobajas Homs, JJ. 2013). Neste sentido, as mulheres nulíparas foram questionadas sobre os seus sentimentos, dúvidas e medos acerca da dor do TP, sendo que por não terem experiências próprias vivenciadas, na grande maioria as suas expectativas se baseavam em relatos de pessoas/familiares significativos. No caso das múltiparas, caso as experiências anteriores fossem positivas, estas podem favorecer um melhor autocontrolo do desconforto, e quando o parto anterior tinha sido difícil ou doloroso, esta experiência pode contribuir para um aumento do medo e ansiedade.

Foram planeadas intervenções no âmbito da gestão farmacológica e/ou não farmacológica da dor de TP. No que respeita aos métodos não farmacológicos, foi notório que as utentes que tinham realizado cursos de preparação para a parentalidade estavam mais recetivas e informadas sobre os métodos não farmacológicos. Um estudo realizado por Hodnett et. al., (2010) reforça a importância do apoio contínuo, seja ele realizado por profissionais de saúde, pelo companheiro, por amigos ou familiares. Mais do que auxiliar na gestão da dor, o suporte físico, emocional e psicológico dado às parturientes contribuiu para encorajá-las a assumir um papel ativo em todo o processo. As técnicas não farmacológicas utilizadas para alívio da dor foram, além do supracitado apoio contínuo, a liberdade de movimentos, as técnicas de relaxamento, a massagem e os exercícios respiratórios (Macedo et. al., 2005).

Relativamente aos métodos farmacológicos frequentemente verificou-se que as parturientes quer por vontade própria ou por indicação médica recorreram à analgesia por via epidural. Em vários casos verificamos que as parturientes, apesar de inicialmente não querer aceitar o recurso a esta técnica farmacológica, quando a dor se tornava impeditiva de uma experiência gratificante do TP, acabaram por solicitar ajuda através deste recurso farmacológico para minimizar a dor, manifestando, no entanto, o seu agrado por lhes ter sido dada a opção de adiar e poder decidir sobre o momento em que essa intervenção era realizada.



Preferencialmente o procedimento seria realizado já na fase ativa do TP, quando a mulher apresentasse extinção do colo igual ou superior a 80% e, pelo menos, 4 cm de dilatação. Após as parturientes manifestarem o desejo de recorrer à analgesia, era contactado o anestesista e informado da sua decisão. Apesar da nossa atuação durante a colocação do cateter epidural e administração dos fármacos pelo anestesista fosse de colaboração, desenvolvemos intervenções como informar, instruir e vigiar o bem-estar materno e fetal, assim como atividades tais como preparar o material e colaborar na realização do procedimento. A parturiente era transferida da sala de expectantes para uma das salas de partos individuais disponíveis, após terem sido cateterizadas para perfusão de Lactato de Ringer (prevenção da hipotensão) e avaliados os sinais vitais. Durante o procedimento as utentes foram assistidas no posicionamento e incentivado o seu autocontrolo durante os períodos em que sentiram contrações. Após o procedimento, considerando que a administração destes fármacos pode levar a hipotensão materna e a alterações a nível cardíaco fetal, procedeu-se à monitorização da TA de cinco em cinco minutos durante 15 minutos e a avaliação cardiotocográfica durante 30 minutos após a administração de cada bólus dos fármacos prescrito, para detetar qualquer sinal de alteração no bem-estar fetal (NICE, 2007).

Foi mantida a vigilância em relação à manifestação de náuseas, vômitos, prurido, tremores intensos, sensação de peso corporal ou de diminuição da força nos membros inferiores, complicações hemorrágicas (como hematoma epidural, subdural ou angiomas) e, também, vigiar a temperatura por se encontrar descrito o risco de aumento da temperatura corporal (Graça et. al., 2010).

A eliminação vesical constituiu um importante foco de atenção após a colocação de cateter epidural. Considerando que a formação de globo vesical pode comprometer a progressão da apresentação fetal no canal de parto, estabeleceu-se como intervenções de enfermagem: “vigiar a eliminação urinária” e “vigiar sinais de retenção urinária”, sendo as parturientes incentivadas a urinar de duas em duas horas.

Tivemos a oportunidade de prestar cuidados a uma parturiente que experienciou um TP sem recorrer a qualquer tipo de analgesia farmacológica, tornando-se esta experiência muito enriquecedora. Quando a questionámos sobre as suas vivências, verbalizou agrado e satisfação, referindo que estava muito feliz por ter tido uma experiência plena do TP.

## **Período expulsivo**

Decorrido o período de dilatação do TP, segue-se o segundo período, o qual, como já foi referido anteriormente, inicia-se com a dilatação cervical completa (10 cm) e apagamento completo do colo (100%) e termina com o parto.

Segundo a ACOG (2000), o período expulsivo dá-se após a duração normal de um TP em que, numa situação normal, é de três horas em primíparas com analgesia, duas horas em primíparas sem analgesia e em múltíparas com analgesia e uma hora em múltíparas sem analgesia. Esta pode ser influenciada por vários fatores, nomeadamente a eficácia das CU, o tipo e quantidade de analgesia, a condição física e emocional da mulher, a posição e paridade, a apresentação e a situação e tamanho do feto (Lowdermilk Perry, 2008).

Habitualmente, era neste período que as parturientes referiam vontade de puxar, iniciando-se o reflexo de Ferguson (Montenegro et Rezende, 2014). Após a referenciação ou observação de sinais indicativos da presença de esforços expulsivos, era realizado o toque vaginal, com o objetivo de confirmar a existência de dilatação e extinção completas e obter informações acerca da altura, posição e variedade da apresentação. No entanto, algumas das parturientes que estavam sob efeito de analgesia epidural não sentiram esta necessidade, pelo que foi a realização do exame local, toque, que nos permitiu identificar o estabelecimento do período expulsivo (Freitas et. al., 2011).

Relativamente aos esforços expulsivos ou puxos, consideramos que existiam duas atitudes quanto ao momento em que a mulher devia iniciá-los: pedir á mulher que começasse a puxar aos 10 cm de dilatação cervical ou esperar que a apresentação fetal desça passivamente até que a mulher sentisse a presença do reflexo de Ferguson, encorajando-a a seguir os seus instintos (Castán Mateo, S. e Tobajas Homs, JJ. 2013).

O uso do puxo dirigido usando a manobra de Valsalva começou a ser utilizada em obstetrícia quando as parturientes sedadas, durante o 2º período do TP, não sentiam o impulso de puxar. Consiste em inspirar profundamente, encher o pulmão de ar, encostar o queixo ao peito e sustentar a inspiração ao mesmo tempo que puxa com a glote fechada (APEO, 2009). Há evidência científica que indica que com a utilização desta técnica há um compromisso fetal associado com esta prática, devido à redução da pressão arterial materna e a oxigenação do sangue materno (Cooke, 2010; Roberts, 2002; APEO, 2009), motivos pelos quais é desaconselhada. O estudo de Prins et al., (2011), após comparar mulheres que utilizaram a manobra de Valsalva com mulheres que puxaram sem o recurso a esta manobra, conclui que

esta não apresenta benefícios que justifiquem a sua utilização. Um outro estudo que comparou o puxo livre com o dirigido, comprovou que o segundo estadio de TP foi significativamente menor no grupo das mulheres que não recorreram ao puxo dirigido, apresentando os RN melhores índices de Apgar, ph do sangue do cordão mais elevado e maior nível de PO2 (Yildirim et Beji, 2008).

Nos puxos espontâneos a mulher é incentivada a puxar livremente sempre que sente essa necessidade. Neste sentido, há cada vez mais evidência científica que recomenda que a mulher deve puxar quando sentir vontade e empreender os esforços expulsivos da forma que lhe for mais conveniente (NICE, 2007), sendo uma medida eficaz por diminuir a fadiga, ao mesmo tempo que promove uma maior sensação de autocontrole, resultando, por isso, em esforços expulsivos mais eficazes, diminuição das taxas de partos instrumentados e melhores resultados maternos e fetais (Kelly et al., 2010).

Assim, em todos os casos encorajou-se a mulher a seguir as diretrizes do seu próprio corpo, em vez de buscar apenas orientação externa sendo explicadas as vantagens/desvantagens da realização de puxos precoces/tardios e incentivada a tomada de decisão. No entanto, por vezes, orientou-se para o puxo dirigido, nas situações em que as parturientes que estavam sob o efeito de analgesia epidural não tinham percepção das contrações uterinas, nem do reflexo de Ferguson.

Relativamente ao posicionamento da mulher durante o período expulsivo, a posição ginecológica ou de litotomia é a que se encontra descrita nos protocolos obstétricos sendo assim preconizada, apesar da evidência fisiológica da redução da eficiência uterina e do fluxo sanguíneo placentário nessa posição (Amorim et. al., 2010). Segundo Jong et. al., (2007) e Sabatino (2010) , esta posição favorece o número de traçados cardiotocográficos não tranquilizadores , a necessidade de episiotomia e de instrumentalização do parto, os scores de Apgar significativamente mais baixo, maior desconforto, menor tolerância à dor e maior dificuldade em puxar eficazmente. No entanto, sabe-se que não existe uma posição única mas sim várias que podem ser utilizadas no período expulsivo, pois os ângulos entre o feto e a bacia mudam constantemente conforme a adaptação e progressão do feto no canal de parto, tais como a posição lateral (Sims); a vertical (sentada, semi-sentada, de cócoras ou ajoelhada); e de quatro apoios (Gupta et Hofmeyr, 2012).

Durante o estágio realizado, encorajou-se as mulheres a parirem na posição que lhes fosse mais confortável, com o balanço das evidências a favor das posturas não-supinas (Gupta et Hofmeyr, 2012; NICE, 2014).

Como já foi referido anteriormente quando foi abordado o tema da analgesia epidural, tivemos a oportunidade de prestar cuidados a uma parturiente desejava o parto natural. O seu plano de parto contemplava também a não autorização da administração de soros e de CTG contínua, e parir na posição de quatro apoios. Este plano de parto foi respeitado, o que significou uma mais-valia na nossa aprendizagem prática sobre as diferentes posições durante o período expulsivo. Porém, constatou-se que devido ao facto de a maioria das parturientes estarem sob efeito de analgesia epidural e, por isso, terem menor força e sensibilidade nos membros inferiores levou a que optassem sempre pelas posições de decúbito dorsal.

A fase do período expulsivo contemplou os cuidados de antisepsia ao períneo (com soro fisiológico), a colocação das proteções esterilizadas à volta dos membros inferiores e debaixo do períneo, a preparação do material do parto e a proteção individual. Também iam sendo monitorizadas as contrações uterinas e frequência cardíaca fetal através do CTG até a exteriorização do feto, para despiste de sinais de sofrimento fetal (NICE, 2014) Segundo o protocolo do serviço, para a execução do parto eram necessárias, pelo menos, duas EESMO, uma responsável pela realização do parto e outra pelos cuidados ao RN, regra esta, que foi cumprida em todos os partos realizados

À medida que a cabeça fetal começava a coroar eram avaliadas as condições do períneo para inferir acerca da necessidade de realização de episiotomia medio lateral esquerda (exceto se recusa). Esta entende-se como o procedimento cirúrgico realizado no períneo da parturiente com o objetivo de facilitar a deflexão do polo cefálico e a retirada do feto, assim como nas situações de iminência de laceração do períneo (Montenegro e Rezende, 2014).

Apesar da episiotomia ter sido realizada quase de forma rotineira durante muitos anos, a evolução do conhecimento científico, veio a contestar esta prática, considerando-se que o seu uso indiscriminado tem efeitos prejudiciais (APEO, 2009; OMS, 1996). Assim, vários estudos têm demonstrado claros inconvenientes decorrentes da sua realização, nomeadamente agravamento da dor no pós-parto, da perda sanguínea, do risco de infeção e da ocorrência de lacerações de 3º e 4º (Carroli e Mignini, 2010). Também hoje é conhecido, que há uma probabilidade 5 vezes maior de ocorrência de lacerações de 2º grau ou superiores em mulheres que tiveram episiotomia no seu primeiro parto (Aperin et. al., 2008).

Assim, a episiotomia foi decidida e executada sempre que estivemos na presença das seguintes situações: tecido perineal com reduzida distensibilidade durante o coroamento fetal, com risco evidente de rotura tecidular; distócia de ombros e apresentações fetais occipito-posteriores (Cunningham et. al., 2013).

Embora a episiotomia mediana tenha a si associada benefícios tais como uma menor perda sanguínea; maior facilidade na sua reparação; resultados estéticos superiores; menor dor no pós-parto e melhor cicatrização, esta apresenta como principal desvantagem a maior incidência de lesão do esfíncter anal. Assim, durante o ensino clínico foi realizada a técnica de episiotomia mediolateral esquerda, com origem na fúrcula vaginal e ângulo com o eixo vertical de entre 45 e 60 graus (Carvalho et. al., 2010).

A saída da cabeça era assistida com movimentos suaves, evitando a deflexão súbita e protegendo o períneo realizando a manobra modificada de Ritgen. Após a sua saída, devido ao risco de existência de circulares cervicais do cordão umbilical, foi sempre solicitado à parturiente que esta cessasse os esforços expulsivos, de modo a pesquisar a presença das mesmas. Quando existiram circulares largas à volta da cabeça fetal e estas passaram sobre a mesma as restantes manobras do parto foram realizadas. Nos casos em que as circulares presentes eram apertadas, foi necessário realizar a laqueação prévia imediata com secção do cordão umbilical, seguindo-se as orientações da literatura existente. Após isto, o ombro anterior era libertado seguido pelo posterior e restante corpo, ao mesmo tempo que se mantinha proteção do períneo.

Uma das maiores dificuldades sentidas durante a realização dos primeiros partos foi entender o início da rotação externa realizada pela cabeça fetal, no momento do nascimento. Embora fosse debatido nas aulas teóricas que a rotação externa da apresentação podia acontecer por si só sem ser necessário qualquer tipo de manobra, verificamos que às vezes na prática esta acontecia, mas de um modo muito discreto. Isto fez com que emergissem dúvidas quanto ao lado para o qual a rotação ocorreria. Contudo, a presente orientação por parte da enfermeira tutora de estágio permitiu que esta dificuldade fosse colmatada (Cunningham et. al., 2013; Lowdermilk e Perry. 2008).

Após a expulsão fetal, os pais eram felicitados e a hora do nascimento registada. Os cuidados imediatos ao RN incluíram a estimulação tátil para favorecer os primeiros movimentos respiratórios, sendo o RN mantido ao nível do introito vaginal. A primeira avaliação do índice de Apgar do RN (frequência cardíaca, cor do RN, irritabilidade reflexa, esforços respiratórios e tônus muscular), assim como vigilância de sinais que evidenciassem possíveis compromissos respiratórios (como a presença de adejo nasal, retração intra/infracostal, cianose e pieira) foram também realizados neste momento. O índice de Apgar era avaliado novamente ao 5º e 10º minuto após nascimento.

Todas as nossas intervenções tiveram por base o comunicar, executar, assistir, orientar, instruir e explicar. Os cuidados prestados ao RN foram explicados aos pais, quer em casos que

exigiram uma intervenção de emergência que ocorreram dentro da sala quer em partos que ocorreram sob o olhar dos pais para que estes pudessem assistir e colaborar na prestação dos mesmos. O cordão umbilical, sempre que possível, foi cortado pelo pai ou pessoa significativa sendo providenciado, de imediato, o contacto pele a pele com o RN quando os casais assim o desejavam, uma vez que este apresenta inúmeros benefícios fisiológicos e psicossociais para a mãe, para o bebé e para a ligação entre os dois (Matos et. al., 2010; Cruz et. al., 2007; Almeida et. al., 2004).

Desde que o estado do RN o permitisse e a mãe o desejasse, o contacto pele-a-pele foi incentivado e realizado. Contudo, depois de um breve contacto entre o RN e a mãe, este era levado para a sala dos primeiros cuidados para fonte de calor para a sua secagem com lençóis aquecidos. Dos cuidados de rotina ao RN salienta-se a identificação, avaliação antropométrica (peso, perímetro cefálico e comprimento), higiene corporal parcial/total, administração de vitamina K, essencial para a coagulação sanguínea, a administração de pomada oftálmica, para prevenção de infeções oculares, exigindo estas o consentimento informado, bem como a explicação e a educação quanto à hemorragia por deficiência de vitamina K e os seus sinais e sintomas (NICE, 2006; MIDIRS, 2010). Posteriormente o RN permanecia junto da mãe/acompanhante durante a dequitação e correção de episiotomia e/ou lacerações se existissem. Durante este período era realizada uma observação cuidadosa, nomeadamente no que diz respeito à identificação de gemido ou outros sinais de dificuldade respiratória.

A propósito do contacto pele a pele, Amorim et al., (2010) descrevem-no como sendo um dos passos a seguir na assistência ao RN saudável. O contato precoce entre mãe-bebé foi incentivado (Moore et. al., 2009; Enkin et. al., 2000: NICE, 2014). Esse contato próximo é conhecido por ter efeitos positivos sobre o início e a duração da amamentação, e em termos de menor choro e maior estabilidade cardiorrespiratória (Bramson et. al., 2010; Moore et. al., 2012; Anderson et. al., 2004). Após o nascimento, o RN encontra-se numa fase de alerta e disponibilidade para o mundo, essencial para o reconhecimento e exploração do corpo da mãe (Matos et. al., 2010; Cruz et. al., 2007). Esta fase, com uma duração aproximada de 40-60 minutos, se aproveitada, torna-se numa oportunidade de interação com os pais única e extremamente íntima, sendo a sua promoção uma prática fundamental dos EESMO (Moore et. al., 2012).

A realização do contacto pele a pele entre a mãe-bebé encontra-se, ainda, intrinsecamente relacionada com o sucesso da amamentação na primeira hora de vida e mesmo na sua manutenção, enquanto método exclusivo de alimentação a longo prazo (Chaparro et. al., 2009; Price et. al., 2005; Newman, 2005). As vantagens fisiológicas do contacto precoce incluem

o aumento dos níveis de ocitocina e prolactina materna e ativação dos reflexos de sucção do bebé (Lowdermilk e Perry, 2008).

Neste sentido, tivemos em conta a perspectiva da NICE (2007), de que as práticas rotineiras da sala de partos não interferissem com a interação entre a mãe e o seu bebé e o início da amamentação. Apoiamos as mães na primeira mamada do seu filho, tal como preconiza a literatura (Dyson et. al., 2006), sendo ajudadas a posicionar-se de uma forma confortável para amamentar o RN (RCM, 2002).

Também no início do estágio, pudemos observar um parto de uma situação de distocia de ombros. Situação essa pouco frequente, mas que reflete uma emergência obstétrica devido aos riscos de mortalidade e morbilidade a ela associados (NICE, 2012; Ayres de Campos et. al., 2008). Entende-se por distócia de ombros no parto, as situações em que é necessária a aplicação de manobras obstétricas adicionais, após o insucesso na libertação da cabeça fetal pela tração habitualmente utilizada na libertação dos ombros (ACOG, 2002). Neste caso, não foi possível assistir o parto pessoalmente, mas foi possível observar a utilização da manobra de McRoberts, ou seja, a hiperflexão das coxas sobre o abdómen de modo a deslocar a sínfise púbica no sentido ântero-posterior, permitindo o aumento do diâmetro ântero-posterior da bacia e a exteriorização do ombro anterior. O uso desta manobra conjugada com a pressão suprapúbica foram suficientes para reverter a distocia observada (Gherman, 2002; Gottlieb e Galan, 2007).

Uma vez que é abordado a gestão ativa do 3º período de TP, sob a forma de uma revisão integrativa da literatura, inserida neste relatório, faremos referencia à laqueação do cordão umbilical, no subcapítulo que se segue e que visa problematizar as práticas, para clarificar duvidas, face à discrepância de tomada de decisão por parte dos diversos profissionais, médicos e enfermeiros especialistas, em relação ao 3º período do trabalho de parto.

Quanto à episiorrafia, foi um procedimento que nos causou bastante *stress* até antes de iniciar o estágio, pelo medo de não conseguir realizá-la corretamente e não conseguir delimitar bem os planos que devem ser identificados para suturar. Mas, com a ajuda constante da enfermeira tutora e graças a ter a oportunidade de poder ver este procedimento em muitas ocasiões, esta dificuldade foi ultrapassada com sucesso. Esta deve ser reparada com sutura contínua, por estar associada com menos dor no pós-parto imediato do que a sutura separada, sendo que os efeitos a longo prazo não são claros (Carvalho et. al., 2010). O uso de material de sutura absorvível é preferível por provocar menos dor. Todas as parturientes a quem se realizou episiotomia estavam sob efeito de analgesia por via epidural, pelo que não houve necessidade de proceder a analgesia local, no nervo podendo (Kettle et Johanson, 2010). Terminada a

reparação perineal, era realizada a higiene vulvar e perineal utilizando soro fisiológico. De seguida era verificada a eficácia da correção. Aproveitava-se o momento para, informar das características do fio de sutura utilizado (duração, absorção, queda), orientar, e instruir sobre os cuidados de higiene perineal e sobre a gestão da dor perineal e prevenção da infeção da ferida cirúrgica (Castán Mateo, S. e Tobajas Homs, JJ. 2013).

### **3.1 A gestão ativa do 3º período do trabalho de parto: um contributo para a diminuição do risco hemorrágico**

No âmbito do segundo ciclo do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, a nossa opção pela realização do curso de mestrado, de natureza profissionalizante, implica a realização de um relatório que demonstre não só como operacionalizamos as nossas práticas, numa perspetiva reflexiva, como também, demonstrar como no nosso percurso formativo, como estudantes, recorreremos à investigação por meio da PBE, com a opção de apresentar uma revisão da literatura, acerca de uma temática de interesse, que dê subsídios para a prática, ensino e investigação dos EEESMO.

Por estar associada a uma diminuição do risco de hemorragia no pós-parto imediato e encurtamento do 3º período do TP, a adoção de uma conduta de gestão ativa foi o procedimento adotado durante o estágio, incluindo intervenções como a administração de uterotónico, tração controlada do cordão e massagem uterina.

O objetivo deste estudo é problematizar as práticas mais comuns na gestão ativa do 3º período de TP, no sentido de clarificar quais as intervenções mais eficazes, na prevenção da hemorragia pós-parto, e qual a tomada de decisão mais correta segundo a evidência científica mais atual.

Para a consecução dos objetivos propostos foi realizada uma revisão integrativa da literatura contendo estudos sobre a temática, indexados nas bases de dados no âmbito das ciências da saúde entre os anos 2010 e 2016.

De acordo com a análise dos dados, os resultados defendem que os EEESMO devem ser orientados para as práticas da gestão ativa do 3º período do TP como medida de prevenção da hemorragia pós-parto, segundo as mais recentes evidências científicas.



### 3.1.1 Introdução ao Problema

Segundo a WHO (2009), a hemorragia pós-parto primária é a perda de sangue superior ou igual a 500ml nas 24 horas após o nascimento, e a hemorragia pós-parto grave é se for superior ou igual a 1000ml. A hemorragia primária produz-se entre o 1-5% dos partos vaginais nos países desenvolvidos, e embora a mortalidade materna tenha diminuído nos últimos anos, continua a ser uma das causas de morte pós-parto mais frequentes (Mousa, HÁ; Alfirevic, Z. 2008)

Quer nos casos de hemorragia pós-parto primária quer nos casos de hemorragia pós-parto grave, produz-se uma diminuição significativa do hematócrito existindo às vezes necessidade de transfusão sanguínea. No entanto, a perda hemorrágica pode variar significativamente dependendo não só do volume sanguíneo por causa da separação da placenta da parede uterina e da contração da musculatura uterina, mas também do estado geral de saúde da mulher, a velocidade da própria perda, o seu sistema de coagulação e os níveis de hemoglobina (WHO, 2009).

Caso os músculos não se contraíam o suficiente, pode ocorrer uma hemorragia pós-parto, cuja causa mais frequente é a atonia uterina, podendo surgir em mulheres sem fatores de risco associados. As lacerações do canal de parto, retenção de fragmentos de placenta, rutura ou inversão uterina, placenta acreta e perturbações da coagulação podem ser também causas de uma hemorragia pós-parto (WHO, 2009).

Os fatores de risco mais comuns são a história da hemorragia pré-parto; complicação em gestação anterior no 3º período de TP; idade superior a 35 anos; coagulopatia materna; cesariana prévia; uso de ocitocina no TP; TP precipitado, prolongado, induzido ou instrumentado; multiparidade; gravidez gemelar macrosomia e pré-eclâmpsia e eclâmpsia (NICE, 2014)

Durante o 3º período de TP, o EEESMO pode adotar uma atitude passiva em que aguarda pacientemente para que este ocorra sem qualquer intervenção, ou uma atitude ativa (FIGO, 2012). Atendendo à conduta expectante, também denominada conduta conservadora ou fisiológica, é mais habitual em alguns países de Europa do Norte, assim como nos partos domiciliários no Reino Unido e Irlanda, e o seu objetivo é aguardar a que a placenta seja expulsa espontaneamente com o esforço materno, sem administrar nenhum agente uterotónico e sem clampar nem cortar o cordão umbilical até como mínimo este pare de pulsar.

Vários estudos corroboram que a conduta ativa do 3º período de TP está associada a menor perda sanguínea no pós-parto imediato comparativamente com a conduta expectante (BEGLEY, C.M. et. al., 2011; Fahy et. al., 2010). Esta conduta envolve um conjunto de cuidados que compreende a administração de uterotônicos, a tração controlada do cordão umbilical e realização de massagem uterina (FIGO; ICM).

Neste sentido, em função da evidência científica disponível e por estar associada a um encurtamento do 3º período de TP e a uma diminuição do risco de hemorragia no pós-parto imediato, a adoção de uma conduta ativa foi aconselhada pela OMS (2012), a qual inclui as intervenções anteriormente citadas.

Pela literatura, constatamos que o 3º período de TP é uma área pouco explorada, mas não por isso menos importante. Diferenciar a efetividade de cada intervenção isolada ainda é um desafio, surgindo assim algumas dúvidas referentes à administração de ocitocina como uterotônico de primeira eleição, a tração controlada do cordão umbilical e a realização de massagem uterina.

Partindo do princípio de que todas as mulheres estão em risco de sofrer hemorragia pós-parto, o objetivo desta revisão é identificar as intervenções incluídas na gestão ativa do 3º período do TP, do parto vaginal, a partir da evidência científica mais atual.

### **3.1.2. Método**

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos e compreender a gestão ativa do 3º período do TP, associado à diminuição de risco hemorrágico, foi desenvolvido este estudo de investigação de natureza qualitativa. De entre as opções possíveis foi decidida a realização de uma revisão integrativa da literatura por ser um método que viabiliza a análise de conhecimento científico já construído em pesquisas anteriores, possibilitando assim uma compreensão mais abrangente sobre o fenômeno em estudo (Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010; Whittemore e Knafl, 2005). A revisão integrativa incorpora diferentes metodologias na sua análise, apresentando o estado mais atual da arte e sistematizando os dados para facilitar a construção de novas teorias explicativas (Broome, 2006).

Segundo Botelho, Cunha e Macedo (2011), este tipo de estudo permite ao investigador aproximar-se à problemática que deseja conhecer, compreender a evolução do conhecimento

sobre o tema e identificar as oportunidades de pesquisa que poderão acrescentar importantes contributos para a sua compreensão.

Para os mesmos autores, para a realização de uma revisão integrativa deve-se obedecer a uma metodologia específica e bem delineada constituída por seis etapas, nomeadamente; a elaboração da pergunta de pesquisa, a procura da evidência, a categorização dos estudos, a análise crítica dos estudos incluídos, a discussão dos resultados e a síntese do conhecimento.

A primeira destas etapas diz respeito à identificação do tema, seleção da questão de pesquisa, definição de estratégias de pesquisa e definição dos descritores e bases de dados a utilizar (Broome, 2006).

A pergunta de partida, como acontece nas perguntas impulsionadoras de uma investigação, deve ser bem delineada, para evitar perda de tempo e aumentar a possibilidade de ser específico nos âmbitos em que se pretende pesquisar (Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010). A busca da melhor evidência requer uma adequada definição da pergunta, com a criação de uma estrutura lógica para uma posterior pesquisa bibliográfica da evidência na literatura.

Hoje em dia existe muita informação científica acessível e que muitas vezes é contraditória, sendo necessário saber selecionar essa informação. A estratégia seguida foi realizada segundo o esquema de referência PICO (população, intervenção, comparação, outcomes/resultados) já que para além de permitir encontrar a melhor informação científica disponível, orienta na construção da pergunta de pesquisa e da busca bibliográfica e facilita a pesquisa científica, tornando-a mais eficaz (Botelho, Cunha e Macedo (2011). Assim sendo, creou-se a seguinte tabela com as quatro componentes da estratégia PICO.

TABELA 1: Definição da pergunta segundo o esquema PICO.

<b>P</b> (Paciente/População)	<b>I</b> (Intervenção)	<b>C</b> (Comparação)	<b>O</b> (Outcomes/Resultados)
Parturientes com parto vaginal	Gestão ativa do 3º período do TP	Atitude passiva do 3º período do TP	Hemorragia pós-parto

A nossa questão de investigação foi:

***Quais são as intervenções da gestão ativa do 3º período do TP mais eficazes na diminuição do risco de hemorragia pós-parto, no parto vaginal?***

No sentido de dar resposta à pergunta de investigação foram identificados os seguintes descritores Mesh: “uterine massage”, “post partum haemorrhage”, “uterotonics”, “umbilical cord clamping”, “active management third stage of labour”, utilizando os caracteres booleanos “and” e “or” para conjugar os diferentes descritores, bem como, o símbolo “” que permite a pesquisa de uma frase, séries ou palavras específicas.

O período de consulta teve lugar entre abril e junho de 2016 e incluiu trabalhos científicos publicados entre o período de janeiro de 2010 e junho de 2016.

Recorreu-se à pesquisa em bases de dados eletrónicas nacionais e internacionais através do motor de busca EBSCOhost nas seguintes bases de dados: MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, NHS Economic Evaluation Database, Health Technology Assessments, Cochrane Methodology Register, MedicLatina, SPORTDiscus with Full Text, Academic Search Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Library, Information Science & Technology Abstracts, ERIC, Business Source Complete, CINAHL Complete, SCIELO e PUBMED.

A etapa seguinte define a importância do estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão que poderão ser relevantes para integração dos estudos, posterior análise dos dados e estabelecimento de conclusões (Botelho, Cunha e Macedo, 2011). Assim, estes critérios procuram ser claros e objetivos.

Nesta investigação os critérios de inclusão definidos foram: estudos publicados entre 2010 e 2016, disponíveis em texto integral, escritos em inglês, português ou espanhol, preferencialmente de elevada evidência científica e estudos sobre o tema que contivessem os descritores estabelecidos no seu resumo ou título. Os critérios de exclusão definidos foram: artigos não indexados às bases de dados das ciências da saúde, sem resumo ou referência à gestão ativa do 3º período do TP e a hemorragia pós-parto, escritos em outras línguas que não as três definidas para inclusão.

A terceira etapa constitui a identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, devendo ler os resumos, títulos das publicações e palavras-chave utilizadas. A próxima etapa, a

quarta, pressupõe a categorização dos estudos selecionados pela realização de uma análise crítico-reflexiva dos artigos e a elaboração de uma síntese (Botelho, Cunha e Macedo, 2011).

### **3.1.3 Resultados**

Numa primeira fase de análise, a pesquisa efetuada nas bases de dados resultou em 156 artigos, dos quais 34 se encontravam repetidos e 91 foram rejeitados pelo título. Dos 31 artigos restantes, após a análise do resumo foram pré-selecionados 15 estudos para leitura integral, e desses selecionados 10 para o estudo, nomeadamente 7 revisões sistemáticas de literatura, um estudo observacional analítico transversal, um ensaio prospetivo randomizado e um ensaio controlado randomizado.

Os níveis de evidência (NE) dos trabalhos analisados foram avaliados segundo o modelo dos “6S” de Haynes (DiCenso, Bayle e Haynes, 2009). Este modelo dispõe os seis níveis em forma de pirâmide, permitindo categorizar e classificar os trabalhos segundo o seu nível de evidência. As revisões sistemáticas da literatura e os sistemas computadorizados de apoio encontram-se no topo da pirâmide, sendo o nível mais elevado de evidência científica, e os estudos experimentais formam o nível II de evidência científica. O nível III corresponde a estudos quase experimentais e o nível IV a estudos não experimentais. Os estudos de caso ou revisões narrativas da literatura correspondem ao nível V, e finalmente no nível VI encontram-se os trabalhos com menor evidência, como por exemplo as opiniões dos peritos (Melo, Rua e Santos, 2014).

Os artigos analisados, nesta revisão integrativa da literatura, foram inseridos numa tabela especificando as seguintes informações: autores, ano de publicação do estudo, país, fontes, objetivo do estudo, metodologia, conclusões e NE e encontra-se no anexo I – Análise dos artigos selecionados.

### 3.1.4 Discussão

De acordo com Botelho, Cunha e Macedo (2011), a quinta etapa na realização da revisão integrativa da literatura permite analisar e interpretar os resultados obtidos. Procedeu-se à extração dos conceitos abordados em cada artigo, e os fatores identificados foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo com o objetivo de dar resposta à questão de investigação.

Assim, procedeu-se à extração dos conceitos abordados, os quais são divididos em três categorias expostos na Figura 1.

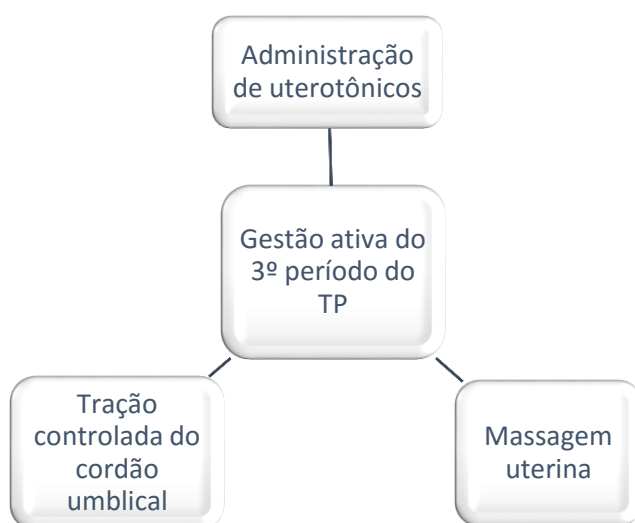


Figura 1: Intervenções da gestão ativa do 3º período do TP

#### Administração de uterotônicos

A ocitocina é o uterotônico mais utilizado para a prevenção da hemorragia pós-parto, podendo ser administrado a todas as mulheres e atuando de forma rápida e eficaz (após 2-3 minutos da sua administração) com mínimos efeitos adversos (WHO, 2007; FIGO, 2012; NICE, 2007).

Caso não estiver disponível a ocitocina, existem outros medicamentos uterotônicos que podem ser utilizados, nomeadamente a ergometrina, metilergometrina e misoprostol. Os efeitos secundários da ergometrina são a hipertensão, cefaleias, náuseas e vômitos, e em geral estes fármacos estão contraindicados com doença cardíaca ou hipertensiva, pelo que na são usualmente utilizados em Portugal (Parreira M. e Gomes N., 2013).

Os estudos analisados nesta revisão integrativa (Begley CM., et al., 2015; Cotter, AM.; Ness, A.; Tolosa, JE. 2010; Pérez Vergara, I.; Serrano Arenas, M.; Morón Montiel J., 2015) vão de encontro à realidade na prática clínica da instituição onde foi desenvolvido o nosso estágio, nomeadamente no CMIN, sendo que a administração de ocitocina faz parte do protocolo de atuação no 3º período do TP.

Segundo Soltani H, Hutchon DR, Poulouse TA. (2010), a administração de ocitocina antes ou depois da expulsão da placenta não tem influência sobre a incidência de hemorragia pós-parto, assim como a taxa de retenção da placenta e a duração do 3º período do TP. Estes autores defendem também que é necessária mais investigação sobre a administração por via intramuscular para poder ser prática rotineira nos serviços hospitalares.

Um ensaio prospetivo randomizado realizado em 2014 dividiu aleatoriamente 600 mulheres com parto vaginal e cuja gravidez foi superior a 37 semanas em quatro grupos com o intuito de determinar a via mais eficiente de administração de ocitocina e o seu tempo de administração. A um grupo foi-lhe administrado ocitocina endovenosa depois da expulsão fetal e a outro aquando a exteriorização do ombro anterior; ao terceiro grupo foi-lhe administrado ocitocina intramuscular depois da expulsão fetal e ao último aquando a exteriorização do ombro anterior. As conclusões deste estudo concordam com os autores anteriormente citados, já que a via e o tempo de administração da ocitocina não têm um efeito significativo na prevenção da hemorragia pós-parto. No entanto, apesar da administração endovenosa parecer ter maiores efeitos benéficos, estes foram clinicamente insignificantes e não tiveram um grande impacto na hemorragia pós-parto (Orhan, EO et.al.,2014).

Contudo, o protocolo da instituição onde foi realizado o estágio indica a administração de 10u de ocitocina endovenosa em mulheres com parto vaginal. Considerando os estudos anteriormente descritos, e até existir outra evidência, a ocitocina deve ser administrada antes ou após a dequitação para reduzir o risco de hemorragia pós-parto, não existindo diferenças estatisticamente significativas no modo de administração (intramuscular ou endovenoso).

### Massagem uterina

A realização da massagem uterina após a expulsão da placenta é uma das intervenções recomendadas incluídas na gestão ativa do 3º período do TP (WHO, 2007; FIGO, 2012; NICE, 2007). Para tal deve-se palpar o útero e praticar a massagem imediatamente no fundo do útero

até estar contraído, verificando que este não relaxa após a massagem de 15 em 15 minutos e repeti-la caso for necessário (Martínez-Galiano, JM. 2009).

Num estudo randomizado controlado avaliou-se a eficácia da massagem uterina sustentada após a expulsão da placenta na redução da hemorragia pós-parto, dividindo um total de 1964 mulheres em três grupos separados aleatoriamente. Comparou-se a perda sanguínea 30 minutos após o parto caso as mulheres realizassem administração de ocitocina intramuscular, realização de massagem uterina sustentada ou ambos, concluindo que a massagem uterina é menos efetiva do que a administração de ocitocina para reduzir a hemorragia pós-parto, não existindo benefício adicional com a aplicação de massagem uterina se a ocitocina é utilizada na prevenção de hemorragia pós-parto (Abdel-Aleem, H. et.al., 2010).

Por outra parte, numa revisão sistemática da Cochrane foi incluído um estudo randomizado que compara a massagem uterina isolada, ou em associação com a administração de uterotônicos, antes ou após a expulsão da placenta. Este estudo evidenciou uma redução da perda sanguínea no grupo experimental (com massagem uterina) e da necessidade de administração de uterotônicos adicionais, em aproximadamente um 80% (Hofmeyr, GJ. et.al., 2010)

Embora sejam necessários mais estudos com um maior número de participantes devido às limitações do ensaio revisado (o grupo de participantes e profissionais não foi duplamente cego) para estimar os efeitos da massagem uterina sustentada com precisão, com ou sem administração de uterotônicos, é aconselhável a massagem uterina após a dequitação para evitar a hemorragia pós-parto (Hofmeyr, GJ. et.al., 2010).

Tendo em consideração esta última revisão, em concordância com as declarações da (WHO, 2007; FIGO, 2012; NICE, 2007), a massagem uterina após a dequitação é aconselhável para prevenir a hemorragia pós-parto.

#### Tração controlada do cordão umbilical

A tração controlada do cordão faz parte das intervenções que compõem a gestão ativa do 3º período do TP, e consiste em clampar o cordão perto do períneo e colocar a outra mão acima da sínfise púbica da mulher e estabilizar o útero aplicando pressão no sentido contrário durante a tração controlada do cordão nas contrações uterinas. À medida que a placenta desce para ser expulsa, segurá-la com as duas mãos e com movimentos suaves de rotação deve ser puxada até a sua extração completa. Em caso de a placenta não descer e se não expulsa após



30-40 segundos de tração controlada do cordão, não se deve continuar a puxar, mas sim esperar a próxima contração (Martínez-Galiano, JM. 2009).

Foram selecionadas duas revisões sistemáticas da literatura para realização desta revisão integrativa, e ambas concordam em que a tração controlada do cordão reduz o risco de hemorragia pós-parto.

Os autores Ustus Hofmey, G.; Nolundi MMshweshwe, T.; Metin Gulmezoglu, (2014) realizaram uma revisão integrativa cujo objetivo era avaliar o efeito da tração controlada de cordão no 3º período do TP que incluiu 5 ensaios controlados randomizados comparando a tração do cordão umbilical com a técnica “hands-off”, na gestão ativa do 3º período do TP. Concluiu-se que a tração controlada de cordão parece reduzir o risco de qualquer tipo de hemorragia pós-parto em geral, assim como a remoção manual da placenta e a duração do 3º período do TP.

O objetivo da outra revisão sistemática realizada na China no mesmo ano, era o mesmo que a da anterior, e incluiu 3 ensaios controlados (com 199, 4058 e 23616 mulheres respectivamente) randomizados, concluindo também que a evidência sugere que a tração controlada do cordão pode ser oferecida rotineiramente durante o 3º período do TP. Acrescenta que também reduz o risco da realização da remoção manual da placenta em algumas circunstâncias. No entanto, as mulheres que preferem uma menor intervenção do 3º período do TP podem ser informadas que quando um agente uterotônico é utilizado, a tração controlada do cordão pode ser omitida da gestão do 3º período do TP sem risco de hemorragia pós-parto grave, mas que o risco de remoção manual da placenta está aumentado (Du, Y.; Ye, M.; Zheng, F. 2014).

Assim, a prática da tração controlada do cordão reduz o risco de hemorragia pós-parto, da remoção manual da placenta e da duração do 3º período do TP.

### **3.1.5 Conclusão**

A realização desta revisão integrativa constituiu uma excelente forma de aprofundar e cimentar habilidades no âmbito da investigação em enfermagem, nomeadamente na área de especialização de saúde materna e obstetrícia.

Os enfermeiros são desafiados continuamente na procura de conhecimento científico com o intuito de melhorar e promover a qualidade dos cuidados prestados. A PBE orienta a

tomada de decisão com base na melhor e mais recente evidência, na competência clínica do profissional e nos valores e preferências do utente.

Como estudante do MESMO, devido a quantidade de informação em saúde disponibilizada é crucial possuir competências que nos permitam selecionar criteriosamente a literatura científica de entre os estudos, artigos e bibliografia disponíveis.

A análise da temática “A gestão do terceiro período do TP: um contributo para a diminuição do risco hemorrágico” foi realizada com o objetivo de avaliar a eficácia das intervenções constituintes da gestão ativa do 3º período do TP na prevenção da hemorragia pós-parto.

Após a análise dos artigos científicos incluídos na revisão integrativa, corroborou-se que os mesmos defendem a eficácia da gestão ativa na redução do risco de hemorragia no pós-parto imediato, seguindo-se na maioria dos estudos selecionados as intervenções recomendadas na gestão ativa do 3º período do TP da FIGO e ICM (2004).

Assim, gostaríamos que os resultados emergentes pudessem dar origem a uma sugestão para a criação de um possível protocolo de atuação, no que concerne à gestão ativa do 3º período do TP, em que o EEESMO pudesse administrar ocitocina para diminuir o risco de hemorragia pós-parto, a retenção placentária e a duração do 3º período do TP.

Contudo, ainda não existem evidências científicas que comprovem a eficácia para o momento e a via de administração, sendo que os estudos analisados não encontraram diferenças estatisticamente significativas na sua administração antes ou depois da expulsão da placenta, nem na administração por via intramuscular ou endovenosa. Assim, face à observação e experiência vivenciada no campo de estágio, a via de administração deve continuar a ser realizada segundo protocolo de cada serviço, sendo que no caso do CMIN é feito por via endovenosa e também depois da dequitação.

A massagem uterina após a expulsão da placenta e membranas, assim como a tração controlada do cordão, são intervenções frequentes realizadas pelos EEESMO do serviço para a prevenção da hemorragia pós-parto e a redução do 3º período do TP, avaliadas pela evidência científica mais atual estudadas na presente revisão integrativa.

Assim sendo, com a realização do presente estudo, segundo as mais recentes evidências científicas e face às conclusões emergentes, podemos afirmar que os EEESMO podem ser orientados para a prática da gestão ativa do 3º período do TP, como medida de prevenção da hemorragia pós-parto, ainda que seja necessário continuar a realizar estudos para que se possa chegar a conclusões mais consistentes.

## **Período de hemóstase**

O quarto e último período do TP, o qual tem a duração de 2 horas após a expulsão da placenta e membranas fetais, é extremamente importante devido aos riscos de hemorragia pós-parto (Ayres de Campos et. al., 2008; Montenegro e Rezende, 2014).

Segundo Ricci (2007), o útero necessita de permanecer firme e de se encontrar na linha média e abaixo do umbigo, diminuindo gradativamente após o parto, formando o globo de segurança de Pinard. Deste modo, era novamente efetuada uma avaliação da altura do fundo uterino, bem como a sua posição e a firmeza (Santos e Caveião, 2014). Em estágio, tivemos a oportunidade de verificar uma situação que surgiu em que o útero se encontrava lateralizado, justificando-se esta situação pelo facto de ter um grande globo vesical. Assim, a nossa intervenção passou por informar e instruir a utente como devia proceder; incentiva-la a urinar para esvaziar o globo vesical e minimizar o desconforto. Posteriormente, pudemos verificar que a nossa intervenção foi eficaz, pois após outra avaliação a situação do útero foi reversível e passou a estar contraído e centralizado.

Antes das utentes serem transferidas para o serviço do puerpério, desenvolviam-se as atividades de vigilância no que concerne ao conforto e bem-estar, à avaliação dos sinais vitais, verificar a existência e necessidade de permanência ou não de cateter epidural e da sonda vesical. Nas duas horas em que as puérperas permaneciam na sala de partos, as atividades de vigilância foram desenvolvidas em relação à perda hemática; se era escassa ou abundante, se o útero se encontrava contraído, verificando a situação do globo de segurança de Pinard, o estado do períneo e a integridade da sutura de episiorrafia caso fosse realizada, assim como pesquisar a formação de hematomas na linha de sutura. Nesta fase era, também, oferecida uma refeição leve e incentivada a micção espontânea. Era dada oportunidade ao casal em colocar questões sobre alguma dúvida que pudesse ter em relação ao seu estado atual ou em relação a outra situação em que pudéssemos ajudar a clarificar ou a minimizar o medo do desconhecido (Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2011).

Relativamente ao RN eram tidos em consideração parâmetros como o choro, a cor, a reatividade a estímulos, e a alimentação.

Aquando da transferência, eram anexadas ao processo clínico as informações recolhidas durante a permanência no núcleo de partos, nomeadamente as relativas ao decurso do TP, tipo e hora do parto, tipo de analgesia, integridade do canal de parto e evolução do pós-parto imediato. Atendendo ao RN eram transmitidos os dados antropométricos, avaliação do índice

de Apgar, e dados relativos à amamentação. Era sempre estabelecido contacto telefónico prévio à sua saída do serviço, com a enfermeira do serviço de internamento de obstetrícia no sentido de a informar da transferência.

## **4 – O PROCESSO DE AUTOCUIDADO E A TRANSIÇÃO/ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE APÓS O NASCIMENTO**

Este módulo de estágio designado Autocuidado, cuidado pós-parto e parentalidade foi realizado no 4º piso do CMIN, no serviço de puerpério. A procura da evidência científica, para suportar as competências técnicas científicas, constitui a condição essencial para dar resposta à capacidade de cuidar da díade mãe-filho assim como da sua família.

Partimos do pressuposto que o contato direto com as puérperas e a sua família era fundamental para compreendermos que a assistência não deve ser simplesmente baseada nos aspetos físicos, mas também potencializada pela compreensão dos processos psicossociais que determinam o bem-estar da puérpera, casal e família neste período.

O puerpério define-se como o período de seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez. Este período divide-se em três fases: puerpério imediato (primeiras 24 horas), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana) (Graça, 2010). Neste sentido, tivemos a oportunidade de prestar cuidados às puérperas durante a primeira fase e ao início da segunda, nos partos eutócicos ou nos distócicos assistidos (com recurso a ventosa ou fórceps) até 48 horas e nos partos por cesariana até 72 horas, sempre que não existissem complicações associadas.

No nosso percurso compreendemos que é um período onde ocorrem muitas mudanças significativas, quer para a própria puérpera quer para o casal, já que vivenciam um processo de transição para a parentalidade, passando por um processo de transformação individual, conjugal e social, através do qual a identidade parental é redefinida. Pois, são adquiridas competências para lidar com as mudanças e exigências desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença que ocorrem na vida da criança (Meleis, A. 2007).

Encontrámos famílias muito satisfeitas com a sua experiência durante o parto em relação às expectativas que tinham criado durante a gravidez, e outras que hesitavam na sua resposta ou até mesmo estavam desiludidas com as experiências vivenciadas durante o parto. Assim, para compreender melhor os seus sentimentos e poder elaborar o processo de diagnósticos de enfermagem, conversámos sobre o próprio TP e demos oportunidade ao casal

de falar sobre a sua experiência. Os autores Figueiredo, Cota e Pacheco (2002) apontam que as percepções na experiência de parto podem influenciar a ligação mãe-filho e ter um impacto na saúde e bem-estar da mulher e do RN no puerpério.

Assim sendo, num período tão crítico como o puerpério, foi necessário identificar precocemente as dificuldades que o casal podia sentir na adaptação ao seu novo papel parental, sendo que procuramos atuar como elementos facilitadores desta transição através da prestação de cuidados e o seu apoio (Felgueiras et. al., 2013).

Neste sentido, o puerpério revelou-se um período intenso e complexo, cuja situação para além dos cuidados físicos decorrentes das esperadas alterações fisiológicas, foi necessário participar ativamente na promoção do autocuidado e no processo de transição e adaptação à parentalidade (Shaw, E. et. al., 2006).

O serviço de obstetrícia do CMIN apresentava ótimas condições hoteleiras em quartos individuais e duplos, no total de 32 camas. As puérperas chegavam à unidade provenientes do bloco operatório ou do núcleo de partos, de acordo com o tipo de parto. O acolhimento era feito após a chegada da puérpera acompanhado do RN e também quase sempre pelo pai ou pessoa significativa. Procedíamos à apresentação do serviço, e era explicado a organização e estrutura funcional, e também quem seria a enfermeira que estaria para a apoiar e cuidar e a quem podia recorrer em caso de necessidade.

A confirmação da identificação da puérpera e do RN, a confirmação do sexo, a verificação da clampagem do coto umbilical, assim como a presença de pulseira eletrónica de identificação, explicando a sua função, eram atividades realizadas na admissão. Constatamos que o horário das visitas era um fator que preocupava significativamente o casal, pelo que à entrada foi esclarecido ao pai e/ou à pessoa significativa. Neste sentido, procurou-se assegurar o apoio à puérpera em todo momento e a observação e participação do pai/pessoa significativa nos cuidados ao RN, e sempre que possível foi negociado com os profissionais de saúde a possibilidade de um horário mais alargado de visitas, para poderem partilhar essa experiência, sobretudo em casos excecionais.

A consulta do processo clínico da puérpera e do RN fez sempre parte das prioridades estabelecidas. O intuito era conhecer a situação atual, os antecedentes pessoais relevantes, a história obstétrica e da gravidez atual, o tipo de parto, rotura de membranas, a ferida cirúrgica, no caso de ter sido realizada a episiotomia ou ferida abdominal no caso de uma cesariana, se houve ou não analgesia/anestesia, grupo sanguíneo, Streptococcus agalactia, hemorragias, patologias associadas etc, assim como as condições do RN, nomeadamente a hora do

nascimento, sexo, índice de Apgar, dados antropométricos, peso e hora e características da primeira mamada.

Para facilitar a compreensão do relato das experiências vivenciadas em contexto de estágio, optamos por dividir a abordagem deste capítulo em várias temáticas, nomeadamente: cuidados à puérpera, amamentação, cuidados ao RN e preparação para a alta.

### **Cuidados à puérpera**

Foram prestados às puérperas cuidados de higiene e autocuidados e vigilância dos sinais vitais, nomeadamente a TA e a frequência cardíaca uma vez por turno, e a temperatura nos turnos de noite e tarde. Neste sentido, o protocolo vai em contra das recomendações da NICE (2014), as quais referem que a avaliação por rotina da temperatura se não houver qualquer sinal e sintoma de infeção, não é necessária.

Pelo potencial de risco no processo vascular (ICNP, 2011), as puérperas foram incentivadas à mobilização ativa dos membros inferiores logo que possível, assim como à deambulação quando o seu estado clínico o permitisse. Neste sentido, foram vigiados possíveis sinais e sintomas de tromboembolismo, inspecionando os membros inferiores na procura de rubor, calor, sensibilidade excessiva e executando pesquisa de sinal de Homan (forçar a dorsiflexão do pé) (NICE, 2014). Contudo, não foram registados eventos de tromboembolismo durante este módulo.

As puérperas foram por nós informadas sobre a importância do levantar progressivo e assistido (Graça, 2010). Até ao primeiro levantar foi identificado o diagnóstico de enfermagem “Conforto alterado”, uma vez que a puérpera não podia ir à casa de banho ou autocuidar-se de forma independente (ICNP, 2011). Assim, era-lhe pedido que informasse quando tivesse vontade de ir à casa de banho, já que devia sempre ir acompanhada por um profissional de saúde que supervisionasse os cuidados com o primeiro levantar e a primeira micção. Neste sentido, explicávamos a importância de ser assistida neste primeiro levantar pelo risco de hipotensão, promovendo assim a deambulação das puérperas, prevenindo a tromboflebite e melhorando a circulação sanguínea (Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2014). O levantar era variável de acordo com o tipo de parto. De acordo com a posição de Graça (2010) no parto eutócico, e independentemente de se a puérpera recorreu ao uso ou não de analgesia por via epidural, era efetuado após 4 horas. Por contra, em caso de cesariana a puérpera aguardava um período de 6 horas para efetuá-lo.

Após o primeiro levante, a eliminação vesical foi uma necessidade prioritária para as utentes. Era identificado o “risco de retenção urinária” (ICNP, 2011), e solicitava-se à puérpera que comunicasse à equipa quando sentisse vontade de urinar, sendo depois avaliadas as características da micção, nomeadamente se esta tinha sido espontânea, as características da urina e a presença de dor, ardor, ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga.

De modo a que se percebesse a importância desta avaliação, foi-lhe explicado que o aumento da diurese podia distender a bexiga e consequentemente condicionar a capacidade do útero em manter-se contraído durante as primeiras horas após o parto, levando a um maior risco de hemorragia e a uma maior suscetibilidade às infeções urinárias por distensão da bexiga (Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2011).

A tonicidade da bexiga é, normalmente, restabelecida cinco a sete dias após o parto, retomando a sua normalidade após o primeiro mês, sendo, no entanto, expectável que a primeira micção ocorresse até seis horas após o parto (Cunningham et. al., 2013; Johnson, 2012; Montenegro et. al., 2007). Apesar de não se ter verificado nenhuma situação de retenção urinária durante o estágio, por vezes foi necessário recorrer a estratégias de estimulação da micção, tais como possibilitar a audição da queda de água, o contacto com as mãos em água morna e/ou colocar água no períneo. Estas medidas foram suficientes para que todas as puérperas que cuidamos durante o nosso percurso neste módulo conseguissem urinar (Jonson, 2012; Cunningham et. al., 2013).

Em todos os turnos e, em alguns casos, várias vezes durante o turno, foram prestados cuidados de higiene e conforto no leito. Estes cuidados têm como principais objetivos: assegurar o bem-estar e conforto das puérperas e avaliar a perda sanguínea nas primeiras horas após o parto (Jonson, 2012).

Vigiu-se o períneo e monitorizou-se a dor associada à ferida perineal (quando existiu). Se a ferida perineal apresentava edema e sinais inflamatórios presentes, recomendou-se a aplicação tópica de gelo, sendo este envolto em compressas com o intuito de promover a sua regressão e aliviar a dor. Instrui-se sobre os cuidados a ter com a aplicação, nomeadamente que não deveria ser utilizado durante mais de 15 minutos seguidos. Na maioria das ocasiões, esta medida não farmacológica era suficiente para aliviar a dor. No entanto, se estivéssemos perante a dor presente, procedia-se à confirmação de prescrição de terapêutica analgésica, de modo a verificar se existia algum fármaco analgésico ou anti-inflamatório prescrito. Neste sentido, a presença ou ausência de dor, era avaliada em cada situação através da escala numérica da dor.



Os cuidados perineais foram realizados como preconiza a OE (2011), sendo executados com luvas limpas, lavado o períneo com água e sabão neutro e seco, posteriormente, com compressas. Era também colocado um penso higiênico absorvente. Este penso era mudado a cada 4/6 horas ou de acordo com as características e quantidade dos lóquios e sempre que a puérpera não se sentisse confortável (OE, 2011; Demott, 2006; Graça, 2010). O penso da ferida cirúrgica abdominal caso cesariana era efetuado no dia da alta e sempre que fosse necessário, durante o internamento. Todas as puérperas foram informadas sobre os cuidados de higiene a ter neste âmbito, nomeadamente importância da lavagem das mãos antes de contactar com o períneo, os produtos de higiene a usar e a frequência dos cuidados perineais, assim como sobre a importância de manter o penso limpo e seco e de evitar esforços até remover o material de sutura no CS após aproximadamente oito dias do parto caso cesariana.

Relativamente à perda sanguínea, vigiou-se para prevenir a hemorragia pós-parto, identificando o risco de hemorragia (ICNP, 2011). As puérperas foram instruídas para perceber quais os sinais e sintomas de alarme associados aos riscos de hemorragia pós-parto, nomeadamente perda de sangue repentina ou profusa, ou perda de sangue acompanhada de qualquer um dos sinais e sintomas de choque (taquicardia, hipotensão), indicando-lhes que deveriam contactar em seguida com os profissionais de saúde sempre que desconfiassem de alguma possível complicação (NICE, 2014).

Foram avaliadas as características dos lóquios uma vez por turno e sempre que necessário, nomeadamente o aspeto/cor, a quantidade e o cheiro, a contratilidade uterina e a palpação do fundo uterino. Foram desenvolvidas intervenções no domínio do ensinar e instruir em relação aos cuidados de higiene e conforto. Foi dada explicação sobre a evolução dos lóquios, sendo os lóquios hemáticos nos primeiros dias após o parto, sero-hemáticos por volta do terceiro e quarto dia, de características mais rosadas/acastanhados, e serosos após o 10º dia, de coloração amarelada e aspeto mucóide e espesso, e têm duração de 10 a 14 dias. Uma grande parte das puérperas referia queixas algícas ao efetuar esta avaliação, nomeadamente no momento da amamentação. Assim, foi explicado que isto ocorre essencialmente nos três primeiros dias pós-parto e que está relacionado com as contrações do miométrio, aumentando a intensidade no momento das mamadas devido à ação da ocitocina (Freitas, 2011).

Durante esta intervenção a puérpera era instruída sobre como fazer a massagem para identificar e assegurar a existência do globo de segurança (Beckmann, 2010; OE, 2011). A técnica efetua-se colocando uma mão imediatamente acima da sínfise púbica e a outra a nível do umbigo para estabilizar o útero. Com a mão que se encontra sobre a sínfise púbica, deve-se fazer

pressão em direção ao abdômem, até encontrar o fundo uterino, e realizar a massagem uterina através de movimentos suaves (Graça, 2010).

Durante o período puerperal, a função intestinal encontra-se particularmente alterada na maioria das mulheres, sendo identificado, por protocolo do serviço nas primeiras 24 horas após o parto, o diagnóstico “risco de obstipação” (ICN, 2011). De entre os vários fatores que contribuem para a obstipação podemos destacar que uma grande parte das puérperas referiu receio de defecar devido à realização da episiotomia e consequente correção, a presença de hemorroidas e respetiva percepção de dor, o que leva a que algumas puérperas procurem adiar a evacuação, a diminuição da tonicidade dos músculos intestinais durante o TP, devido ao jejum prolongado e/ou à desidratação e o próprio repouso da puérpera (Varela, 2007). Como intervenções de enfermagem neste âmbito, as puérperas foram tranquilizadas sobre as alterações do padrão de eliminação e incentivadas a manter uma ingestão hídrica adequada e uma dieta rica em fibras, assim como a deambular no sentido de promover a primeira dejeção pós-parto (Fraser; Cooper, 2010). Caso a eliminação intestinal não se tivesse restabelecido no dia da alta, eram oferecidos emolientes de fezes (Microlax®) por protocolo do serviço, com o intuito de garantir que todas as puérperas o tivessem restabelecido antes da alta clínica.

Relativamente à ligação mãe-filho, percebemos que algumas puérperas que foram submetidas a uma cesariana, tinham dúvidas sobre a sua própria capacidade de cuidar do RN da mesma forma que as mulheres que tiveram um parto vaginal, já que o contacto pele com pele imediatamente após o nascimento foi diferente. Algumas delas até questionaram se existia evidência ao respeito ou eram crenças populares não fundamentadas, o que nos motivou a procurar sobre o assunto e aprofundar os nossos conhecimentos.

J. Bowlby (1989) e M. Ainsworth (1994), com a chamada “Teoria da vinculação” ou “Teoria do Apego”, acreditavam que o contacto imediato e reciprocidade dos pais com os RN, a sua capacidade para responder as suas necessidades e a qualidade desta interação condicionam o desenvolvimento de um sentimento de segurança, confiança e bem-estar que a criança posteriormente utilizará como base para conhecer e explorar o médio que a rodeia, estruturando assim um tipo de apego influenciado pela interação que estabelece com seus pais. Segundo Schmidt e Argimon (2009), imediatamente depois do nascimento, existe um curto período de tempo em que, o contacto pele-a-pele é de vital importância, já que se estabelece o início da vinculação entre mãe e o RN e condiciona a futura capacidade do mesmo para amar e desenvolver relações sãs e estáveis. Neste sentido, questionámo-nos se o contacto pele com pele entre mãe e filho podia influenciar a ligação mãe-filho dependendo do tipo de parto.

Em 2013 foi realizado um estudo em Majadahonda (Madrid) por Fernández-Ibone O. et. al., (2013) com o objetivo de avaliar se o tipo de parto influencia a resposta neonatal à separação materna. Foram notadas diferenças relativamente ao choro do RN após a separação da díade. Os RNs nascidos por cesariana choraram menos à separação, embora não se observaram diferenças no comportamento materno. Estes autores revelam que o choro dos RNs após uma breve separação materna foi influenciado pelo tipo de parto, sendo que os RNs por cesariana choraram menos após separação da mãe, o que pode indicar a existência de alterações ao nível do apego e da resposta ao stress. No entanto, conclui-se que são necessários mais estudos para avaliar as respostas a longo prazo. De acordo com Carlander. et. al., (2009), o contacto com o RN foi classificado em geral como muito positivo, não existindo diferenças significativas entre os grupos de primíparas com parto vaginal, cesariana a pedido e indicação obstétrica. O tipo de parto não afeta a como as mães experienciam o contacto com o RN. Contudo, estes autores concordam com os anteriormente citados na medida em que ambos referem que existem poucos estudos comparando a ligação mãe-filho entre estes grupos de mulheres, sendo necessário mais investigação nesta área.

Neste sentido, foi explicado às parturientes que ainda existe carência de investigação sobre os aspetos afetivos do contacto precoce pele com pele, nomeadamente se existem diferenças no mesmo entre as diferentes vias de parto (Moore, Anderson et Bergman, 2007; Carlander. et. al., 2009; Fernández-Ibone O. et. al., 2013).

A fadiga e o sentimento de exaustão após o parto são bastante comuns, sendo os mesmos variáveis em função do tipo e duração do parto, a amamentação, o grau de anemia e componentes psicológicas relacionadas com a ansiedade e depressão. No sentido de promover o sono e o repouso, as puérperas foram aconselhadas a gerir o seu tempo, com o objetivo de descansarem o maior tempo possível. Para tal, foram propostas medidas como diminuir a incidência da luz e do som na enfermaria, otimizar a posição de amamentação e de repouso no leito e reduzir dentro do possível o número de visitas. Estas medidas foram colocadas em prática, no sentido de satisfazer as necessidades da mulher relativamente ao padrão de sono e repouso. Em algumas situações de exaustão materna, os RNs permaneceram na enfermaria durante a noite, sob a vigilância dos enfermeiros, permitindo assim um maior descanso das puérperas. (Lowdermilk e Perry, 2008).

Durante o presente ano letivo, foi proposta a elaboração de um trabalho individual, que problematizasse as praticas, com o objetivo de ser apresentado nos seminários propostos durante o estágio profissionalizante. Assim sendo, foi apresentado no seminário “autocuidado no pós-parto e parentalidade” o trabalho intitulado “A tomada de decisão sobre a cesariana

eletiva, sem indicação médica: quais os fatores que influenciam a grávida nesta escolha”. A escolha desta temática surgiu durante um dos turnos realizados no CMIN na conversa com várias puérperas quando lhes eram prestados cuidados. Vivenciou-se uma situação particularmente marcante, quando uma delas referiu que infelizmente não se podia permitir economicamente ter tido o seu filho num hospital privado, mas que gostaria de poder ter realizado uma cesariana eletiva e assim não passar pelo TP tão demorado e doloroso que teve. A outra puérpera que se encontrava no mesmo quarto contrariou à mulher, expressando que todo o seu TP tinha sido maravilhoso e que se considerava muito afortunada de que tivesse corrido bem e sem intercorrências. A medida que as puérperas conversavam, sentiu-se a necessidade de compreender aquilo que as mulheres grávidas realmente sentiam e percecionavam durante a gestação e os motivos que as levavam a escolher uma cesariana eletiva.

Neste sentido, de acordo com a Federation of Gynecology and Obstetrics atualmente, a cesariana eletiva sem indicação médica não é eticamente justificada, sendo que não existem benefícios da sua realização. Mas se para algumas mulheres o parto vaginal não é uma opção, em vez de apoiar definitivamente a sua decisão da possibilidade de uma cesariana programada deve-se oferecer apoio, dar informação e discutir com as mulheres que requerem uma cesariana por petição materna, respeitando sempre as suas crenças e valores e a sua decisão final (NICE, 2011).

O rácio de cesarianas eletivas está aumentando em alguns países europeus, ganhando paulatinamente maior atenção e causando um novo dilema obstétrico (Marx et. al., 2001; Furedi, 2010).

Segundo um estudo qualitativo realizado em Canada por D’Souza, R.; Arulkumara, S. (2013), existem fatores sociais, culturais e económicos envolvidos, assim como uma mudança de atitude por parte das mulheres sobre a escolha do tipo de parto e também de parte do coletivo médico. Thompson H,(2015) e Fenwick J.; Staff C.; Creedy D.K., (2010), concordam com estes autores, referindo que a cesariana eletiva é uma área controversa, com pontos de vista opostos presentes e que existem numerosas razões pelas que uma mulher pode optar por esta escolha, tais como a autonomia, o controlo, o medo, a atitude dos profissionais de saúde sobre a petição materna, as atitudes sociais face ao modo de parto e as opiniões da família e amigos sobre este, tendo sempre que ser vistas no contexto sociocultural atual. Contudo, a razão principal para que as mulheres tomem esta decisão é a prevenção de possíveis complicações no parto, sendo que a saúde dos seus filhos é prioritária em comparação com a delas próprias (Romero, S. T., Coulson, C. C., e Galvin, S. L, 2012).

Neste sentido, a informação é cada vez mais acessível graças a internet, e as influências sociais e culturais também condicionam esta decisão, mas a maioria das mulheres não tem o conhecimento suficiente sobre os riscos e benefícios das cesarianas, sendo que a informação ao respeito deveria aumentar. O nosso papel é fundamental, na medida em que proporcionamos o apoio e a informação suficiente às mães para elas optar pela opção mais adequada.

### **Amamentação**

A amamentação, definida como “o padrão alimentar ou de ingestão de líquidos. Alimentar uma criança oferecendo leite materno” (ICNP, 2011), constituiu um foco de atenção em estágio. De acordo com Pereira (2006), a amamentação implica uma vigilância de saúde e um apoio contínuo. Neste sentido, o sucesso da mesma é extremamente dependente das atitudes dos profissionais de saúde, sendo estes responsáveis pela educação para a saúde, quer informando/formando à própria puérpera/casal, quer também aos familiares e acompanhantes. Portanto, competia-nos garantir uma tomada de decisão fundamentada, esclarecer qualquer tipo de dúvidas e desmistificar conceitos e mitos relacionados com a mesma, com o intuito de que a mulher/casal tivessem informação científica e atualizada suficiente para poder tomar a decisão mais adequada.

Segundo a OMS e a United Nations Children’s Fund (UNICEF) o aleitamento materno consiste em um processo único capaz de reduzir a morbimortalidade infantil, sendo o leite materno completo e natural, adequado a quase todos os RNs. Visto que o CMIN é Hospital Amigo do Bebés, pretendeu-se promover em todo momento a adoção dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. No sentido de dar cumprimento ao supracitado, foram abordados as vantagens e os problemas de amamentação às puérperas/casais, nomeadamente a aqueles que se mostravam mais receosos face à tarefa da amamentação (Levy, L.; Bertolo, H. 2012). Em todo momento questionou-se a intenção de amamentar às puérperas/casais, devendo ser a sua decisão consciente, informada e respeitada. Se as puérperas já tinham experiência anterior de amamentação, tentou-se compreender as dificuldades sentidas no passado, assim como os motivos do insucesso caso tivesse acontecido.

Segundo vários autores, as crianças amamentadas mamam o volume necessário, na frequência necessária, e encontram o seu próprio ritmo, não sendo assim comum virem a desenvolver futuros problemas de obesidade e dependências (Castán Mateo, S. Tobajas Homs, JJ. 2013; Graça, 2010; Mannel et. al., 2011). Foi esclarecido às puérperas/casais a duração da mamada e a utilização de uma ou das duas mamas, aconselhando-lhes permitir que o RN

esvaziasse uma mama até ao fim e só depois oferecer a outra, sendo a mamada seguinte iniciada pela mama mais cheia.

Na vigilância das mamas, prestou-se especial atenção à evolução da produção de leite materno, sensibilidade, temperatura, edema, aspeto e integridade da pele. Observaram-se os mamilos para verificar a sua proeminência ou inversão e prevenção de lesão nos mesmos, recomendando para isto último a aplicação de colostro após cada mamada. Para os casos observados de mamilos invertidos, incentivou-se a rodar os mamilos entre os dedos para que ficassem mais protusos. Outras técnicas eram a utilização de uma bomba extratora ou de uma seringa de 20ml invertida (Mannel et. al., 2011; Ayres de et. al., 2008).

Assistiu-se na amamentação para apoiar e perceber qual era a posição mais confortável, explicar quais os sinais de uma boa pega e corrigi-la se for preciso (Castán Mateo, S. Tobajas Homs, JJ. 2013). No entanto, durante o estágio, presenciaram-se vários casos em que as puérperas se recusaram a amamentar. Após serem informadas adequadamente sobre as vantagens do aleitamento materno, respeitou-se acima de tudo as suas crenças e valores e providenciou-se leite artificial.

Era explicado às puérperas que no início da amamentação era natural que aparecessem dificuldades, nomeadamente nas primeiras semanas e em caso de ser puérperas primigestas. Por conseguinte, foi crucial fomentar sentimentos agradáveis e de confiança na sua própria capacidade de amamentar e na sua convicção de que o aleitamento materno era o melhor para si própria e para o seu bebé (Galvao, 2011). Neste sentido, era importante também informar acerca das possíveis complicações que podiam decorrer durante o processo de amamentação. Segundo Lowdermilk e Perry (2008), não é conveniente descrever este processo como algo simples, pois caso acontecer alguma dificuldade ou complicação as expectativas da própria puérpera não estão de acordo com a realidade e isto pode comprometer a amamentação exclusiva. Assim sendo, foram abordadas as dificuldades que podiam surgir de um modo natural, mas sem especificar nem descrever muito cada uma delas.

Verificou-se que uma das dúvidas mais referidas foi acerca da manipulação e conservação do leite materno. As puérperas/casais foram instruídos sobre o seu armazenamento, e disponibilizaram-se sacos plásticos ou biberões esterilizados para o efeito, sendo a sua validade dependente do tipo de refrigeração (Levy e Bértolo, 2012).

Uma das puérperas que tivemos oportunidade de prestar cuidados necessitou especial auxílio da equipa de enfermagem, pois o seu RN apresentava fenda palatina, o que condicionou a sucção. Quanto à amamentação, esta pode ser prejudicada, uma vez que há uma diminuição

da capacidade de sucção do bebê, pois o leite que entra na boca desloca-se pela fenda saindo pelo nariz (Coy, K et. al., 2012). Além disso, quando esta anomalia é visível os pais têm de lidar emocionalmente com a aparência deste bebê que é diferente do bebê imaginado, e para além disso, podem ter reações sociais negativas, provocando níveis elevados de *stress* comparativamente com os pais de RN saudáveis (Speltz et. al, 2010, Fonseca et. al., 2012).

Embora a anomalia congénita do bebê fosse diagnosticada antes do nascimento e a puérpera demonstrasse conhecimento da patologia, estando deste modo consciencializada acerca da mesma, foi preciso explicar que através de cirurgias haveria um encerramento da fenda, tornando-a assim mais discreta, desvanecendo as cicatrizes com a idade (Coy, K et. al., 2012; Speltz et. al., 2012). Para além disso, considerou-se importante não expor este bebê em demasia de forma a evitar comentários pelas restantes puérperas e respetivas famílias, pelo que teve-se o cuidado de que a puérpera fica-se internada num quarto individual.

Segundo Reis (2011) e Silva (2012), a transição para a parentalidade pressupõe uma redefinição de papéis, passando de papel de mulher ou homem para papel de mãe ou pai, bem como a assunção de novos comportamentos, competências e responsabilidades que são inerentes a este novo papel parental.

O diagnóstico de uma anomalia congénita constitui um evento indutor de *stress* para a transição para a parentalidade, uma vez que este vai derrubar as expectativas parentais no que concerne a um bebê saudável, ao bebê imaginado (Fonseca et. al., 2012). Neste sentido, ao ser esta transição suscetível de ser alterada, os cuidados prestados pelos enfermeiros deviam ser específicos e individualizados, após a identificação das necessidades identificadas no casal no que concerne aos conhecimentos e habilidades (Meleis, A. 2007). Assim sendo, para a eficácia da amamentação foi necessário a promoção da confiança da mãe na sua capacidade de amamentar, dando suporte e incentivo (Mendes, K et. al., 2009). O suporte familiar por parte da mãe da puérpera constitui uma condição facilitadora, incentivando desde o momento do nascimento o contacto da sua filha com o neto, pedindo para que olha-se para ele, que era lindo, ajudando-a a “enfrentar” a situação e também incentivando a amamentação.

Contudo, a puérpera estava muito motivada para amamentar, e conseguiu-o com muito apoio da nossa parte, conseguindo ultrapassar todos os seus medos e receios. Apesar das dificuldades e de todo o suporte necessário, o bebê apresentava reflexos de busca e deglutição eficazes, e foi explicado a importância de o RN eructar com frequência pela excessiva quantidade de ar que engole. Porém, no próximo turno realizado no serviço, as colegas informaram que a amamentação teve que ser complementada com leite artificial por prescrição médica.

## Cuidados ao RN

Sem dúvida, um dos principais objetivos do EEESMO durante o estágio foi capacitar os pais de conhecimentos e habilidades que potenciasssem a sua autonomia enquanto prestadores de cuidados. Neste sentido, os pais eram orientados e instruídos nos cuidados básicos ao RN, nomeadamente os cuidados a lavagem das mãos antes e após o contacto com ele, os cuidados ao coto umbilical, o banho, e a mudança de fralda.

De forma a promover o desenvolvimento da ligação da díade mãe-filho, privilegiou-se em todo momento o contacto pele com pele, colocando o RN perto da mãe nas primeiras horas de vida com o objetivo de que interagisse com os pais (Hockenberry, 2006). Um dos focos de enfermagem considerados foi a “Ligação Mãe/Pai-filho” (ICNP, 2011), sendo que a mesma não surge de forma abrupta mas sim como resultado de uma construção progressiva. Normalmente tem início com a confirmação da gravidez e desenvolve-se ao longo dos meses subsequentes (Piccini et. al., 2009). Foi importante ter presentes os indicadores de ligação mãe/pai-filho que demonstram efetividade no estabelecimento da relação, nomeadamente aquelas puérperas/casais que sorriem para o RN e emitem sons comunicando com ele, elogiando e verbalizando sentimentos positivos em relação a ele, usando o contacto face a face e brincando e interagindo (Galvão et. al., 2009).

Ao longo do internamento, os pediatras realizavam durante os turnos de manha a avaliação física e neurológica do RN acompanhados pelo EEESMO para despiste de complicações, sendo avaliados parâmetros como o peso, o comprimento, o aspeto da pele, reflexos etc. Estes momentos eram aproveitados para informar aos pais sobre qualquer dúvida acerca das características do RN, explicando sempre os objetivos do exame físico e sendo partilhados com eles os resultados (NICE, 2014).

A existência de Caput Succedaneum era verificada com relativa frequência, gerando alguma ansiedade às puérperas/casais, pelo que foi explicado que é um edema do couro cabeludo resultante da diminuição do retorno venoso durante o processo de parto provocado pela compressão dos vasos locais. Esclarecemos também que normalmente desaparece espontaneamente no espaço de três a quatro dias após o parto (Williams et. al., 2013). A vigilância das micções e dejeções do RN são intervenções de enfermagem importantes porque averiguam a adequada adaptação extrauterina, para além de constituírem indicadores de ingestão nutricional adequada. Neste sentido, um dos focos de atenção que gerou ansiedade nas puérperas/casais era o padrão de eliminação urinária e intestinal (ICNP, 2011), pelo que para facilitar o controlo do mesmo foi explicado aos pais que um RN que amamenta eficazmente



apresenta aproximadamente de três a quatro dejeções e entre seis e oito micções por dia. O número de dejeções diárias diminui nas primeiras duas semanas, de cinco a seis por dia, para uma ou duas (Lowdermilk e Perry, 2008). Quando o RN não urinou nem evacuou durante as primeiras 24 horas de vida foram especialmente vigiados sinais de distensão abdominal e os períodos de amamentação (Beck et. al., 2004).

Foi também esclarecido que caso o RN tivesse uma ingestão alimentar adequada, este apresentará uma boa coloração e tonicidade, assim como um ganho de peso dentro dos padrões normais. Atendendo a isto último, e devido a que pode conduzir a dúvidas e medos, foi sempre explicado que os RNs podem perder entre 7% e 10% do seu peso à nascença, mas que ao ultrapassarem os 14 dias de vida recuperaram o seu peso (Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2011). Além disso, explicou-se também que o RN ia ser pesado e avaliado nas consultas posteriores, e que isto era indicativo de que se estava a alimentar adequadamente.

No âmbito do foco Papel Parental, este é definido pela CIPE (2010, p. 66), como “papel de membro de família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inadequados do papel dos pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente”, sendo um dos focos mais exigentes durante o estágio.

Neste sentido, uma das primeiras áreas com a qual os pais contactam foram os cuidados de higiene ao RN. A puérpera/casal e seu RN eram levados ao berçário, e explicávamos que o banho e a desinfeção do coto umbilical eram realizados no turno de tarde por uma questão de gestão de cuidados, mas que no domicílio deveria ser avaliada a reação do RN para decidir o horário do banho. Assim, se após o mesmo o RN ficava mais relaxado, poderia ser mais vantajoso dar o banho no final do dia. Pelo contrário, se o RN ficava mais ativo, este poderia ser dado durante a manhã (Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2011; Lowdermilk e Perry, 2008). Segundo Bowden e Greenberg (2005), o banho do RN é um ritual de prazer mais que uma necessidade, já que entre dois e três banhos por semana são suficientes. Assim, a frequência do banho foi de encontro com as necessidades individuais e dos valores de cada família.

Os casais foram aconselhados à gestão do ambiente para a realização dos cuidados de higiene em casa. A temperatura ambiente deve rondar os 24/25°C, e os cuidados devem ser

prestados longe de janelas ou locais onde seja previsível a ocorrência de correntes de ar que potenciam perdas de calor por radiação ou convecção. Sobre o material necessário e condições prévias para o banho, os pais foram informados que a temperatura da água da banheira devia estar a 36-37°C e que deviam reunir todo o material antecipadamente (toalha de banho, produtos de higiene, fralda, muda de roupa, escova do cabelo se o desejarem, compressas esterilizadas e soro fisiológico) sendo que deviam dispô-lo por ordem de utilização. A quantidade de água devia rondar os 10-20 centímetros de altura. A puérpera também era informada que a duração devia ser inferior a 5 minutos para evitar hipotermias do RN. Na própria técnica, os pais foram informados que deviam comprovar a fralda do RN antes de iniciar o banho, já que se esta estiver suja deviam começar por lavar a região perineal. Caso contrário, se a fralda estiver limpa, esta parte era a última a lavar. Deviam começar por lavar a cabeça, tronco e membros e terminar na região perineal, secando cuidadosamente as zonas de pregas. (Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2011; Lowdermilk e Perry, 2008). Informou-se da importância de nunca deixar o RN sozinho em qualquer fase dos cuidados, quer ele se encontre calmo em cima de superfícies ou até mesmo na água do banho, pois pode favorecer o risco de afogamento (Beck et. al., 2004).

Era aconselhado que no primeiro mês de vida se utilizasse apenas água no banho do RN, tentando evitar o uso de sabonetes, óleos e loções, já que alteram o pH ácido da superfície da pele, sendo assim mais suscetível a possíveis agentes agressores. A lavagem dos olhos devia ser efetuada com soro fisiológico com movimento do canto interno para o canto externo, utilizando compressas individualizadas para cada olho (Johnson e Johnson, 2013). Contudo, a técnica do banho foi treinada pelo menos uma vez por todos os casais assistidos durante o internamento.

Os cuidados ao coto umbilical eram também explicados neste momento, sendo a ferida vigiada quanto ao seu rubor e edema peri-umbilical, cheiro, exsudado e aspeto. Era fornecida informação sobre o processo de evolução do mesmo até a sua queda entre o 4º e 15º dia, com o objetivo de que as puérperas/casais conseguissem despistar após a alta sinais de infeção. Caso considerassem que podia estar infetado, foi explicado que deveriam acudir aos profissionais de saúde no seu CS ou Hospital (Zupan, J.; Garner, P. e Omari, A., 2013; IMDAD, 2013). Atendendo à troca da fralda, as puérperas/casais foram informados sobre quais os materiais necessários para realizar este procedimento: toalhetes/ esponja; água morna para lavar a região genital do RN; uma fralda limpa; e roupa interior. Alertamos também sobre a importância de criar um espaço de modo a ter por perto todo o material descrito, estando organizado antes de iniciá-lo. Foi recomendado às puérperas/casais que só se devia aplicar creme barreira (à base de óxido de zinco, vitamina A e D) caso existir eritema da fralda. Foram, portanto, explicados os sinais de

presença da mesma (rubor, calor e erupção cutânea) (Fernandes et. al., 2011; Johnson e Johnson, 2013).

Com frequência as puérperas/casais questionavam sobre o uso de toalhetes de limpeza. Foi informado que não deveriam ser utilizados de forma abusiva pelo risco de poderem remover a camada lipídica da pele do RN e causar irritação e/ou toxicidade cutânea, já que a sua composição em detergentes com adição de produtos amaciadores, fragrâncias e ter um pH aproximado de 6 não era o mais adequado (Fernandes et. al., 2011; Johnson e Johnson, 2013). Neste sentido, no que se refere aos produtos de higiene não aconselhávamos nenhuma marca, apenas que fossem adequados a RNs.

Durante o estágio, constatamos que muitas puérperas/casais questionavam acerca da utilização de chupetas. Era uma pergunta bastante frequente, e referiam que não tinham a certeza de a poder utilizar ou não, já que com as diferentes pesquisas que tinham realizado durante a gravidez em lugar de esclarecer a sua questão, aumentavam as suas dúvidas. Assim sendo, foi sublinhado que a opção da sua utilização dependia dos pais, mas que segundo a OMS e a NICE (2014), os RNs não deviam utilizar chupetas até estar a amamentação totalmente estabelecida e ser eficaz.

Existem numerosos estudos que concordam com as recomendações da OMS e da NICE (2014), tal como uma revisão sistemática levada a cabo em Columbia, que concluiu que o uso da chupeta ou do biberon pode levar a criança a diminuir a frequência de sucção, o que diminui a estimulação mamária e como consequência a produção do leite (Castaño e Ortiz, 2012). Outros estudos encontraram também associação temporal entre a redução da amamentação exclusiva e a restrição da chupeta durante a hospitalização (Kair et. al., 2011). No entanto, os dados publicados sobre a relação entre o uso da chupeta, o início da amamentação e a duração, estão limitados à maior evidência científica disponível, não indicando que a chupeta interfira na amamentação em mulheres que estão especialmente motivadas para amamentar (O'connor et. al., 2009). Contudo, ambos estudos referem que o uso da chupeta e o aleitamento materno são comportamentos de grande complexidade

Por outro lado, a gestão do choro do RN foi uma das principais causas de angústia das puérperas/pais, sendo assim uma das nossas áreas de intervenção privilegiadas. Segundo Kitzinger (2006), o ser humano está biologicamente programado para reagir ao choro de um bebé, sendo que este choro pode transmitir uma panóplia de sinais aos quais reagimos emocionalmente. Neste sentido, diversos autores acreditam que, caso os pais compreenderem o significado dos diferentes tipos de choro do seu bebé e forem capazes de o aceitar, as vezes,

como algo que satisfaz as suas necessidades, então estarão capacitados para responder-lhe de uma forma mais eficaz (Seabra, 2009; Cumming, e Miles, 2009). Segundo os mesmos autores, o choro do recém-nascido é uma parte da linguagem do bebé e um meio de comunicação muito poderoso, podendo os pais aprender a identificar as necessidades do bebé se prestarem muita atenção e olharem para ele no momento em que estiver a chorar.

No entanto, repararmos que não é uma tarefa fácil perceber as características dos diferentes tipos de choro, e eram muitos os casais que se questionavam acerca das suas capacidades enquanto pais e mães e do seu direito ao serem, por culpa de não serem capazes de distingui-los e de não poder atuar em consequência (Seabra, 2009)

Assim sendo, foi aclarado que o choro era um sinal de comunicação entre o RN e o ambiente, sendo que o controlo voluntário do mesmo era adquirido após um mês de idade e, até esse momento, revelava vários estados psicológicos como fome, sofrimento e dor (Fernández-Abascal, et. al., 2010). O temperamento de cada bebé era muito variável, sendo assim as estratégias a utilizar pelas puérperas/casais modificadas em cada caso particular, pelo que se procurou dotá-los de várias alternativas e ajudá-los a optar por aquelas mais eficazes no RN e com as que se sentissem mais confortáveis (Brazelton et. al., 2013; Branco et. al., 2006). Para tal, foram explicadas e treinadas com as puérperas/casais diversas opções para promover o relaxamento do bebé e estabelecer a ligação mãe/pai-filho, nomeadamente a técnica dos cinco “S’s” desenvolvida pelo Dr. Karp (2007), o toque, a aplicação da massagem infantil, o contacto pele a pele e o banho. Relativamente ao toque e massagem ao RN, foram explicadas as suas vantagens para o desenvolvimento da ligação mãe/pai-filho. Tivemos oportunidade de ensinar técnicas de massagem infantil a um casal muito interessado.

Era também da nossa responsabilidade colaborar na realização do rastreio de cardiopatias congénitas através da avaliação com um oxímetro da saturação periférica de oxigénio e batimentos cardíacos. O rastreio foi realizado segundo o protocolo do serviço no pé esquerdo aquecido previamente, com o RN acordado e mais calmo possível (Kemper et. al., 2011). Foi explicado aos pais o motivo da sua realização e caso o rastreio não fosse conclusivo era referenciado ao pediatra.

As primeiras vacinas, ou seja, a vacina contra a tuberculose e a primeira dose da vacina contra a hepatite B, foram administradas sempre que possível em RN com peso igual ou superior a 2 quilos, sendo as puérperas/casais informados sobre o esquema do plano nacional de vacinação e o seu seguimento no CS ao que pertenciam (DGS, 2012).

Relativamente ao Teste de Diagnóstico Precoce (vulgarmente designado Teste do Pézinho), os pais eram informados para a sua realização junto da Enfermeira do CS, entre o 3º e o 6º dia de vida. Caso a puérperas permanecessem no serviço mais de três dias, o mesmo seria efetuado no serviço. Observamos que apesar de ser um procedimento simples, mostrou-se muito desconfortável tanto para os RNs como para as puérperas/casais que assistiam. Assim, foram implementadas intervenções como a explicação completa do procedimento e o esclarecimento de dúvidas, tendo estas um impacto muito positivo na compreensão e colaboração dos mesmos.

Estes procedimentos foram sempre registados nos processos individuais de cuidados dos RNs e nos boletins de saúde infantil (Nascimento et. al., 2011).

### **Preparação para o regresso a casa**

O regresso a casa começou muito cedo a ser preparado. Todavia, na preparação da alta, as puérperas/casais foram instruídos sobre alguns cuidados que deveriam ter em consideração para que o restante puerpério corresse com normalidade, e assim torna-los capazes de prestar os devidos cuidados ao seu RN. Este momento, por ser um momento de grande ansiedade e *stress* para a maioria dos casais, suscitou muitas dúvidas e incertezas sobretudo nos casais em que o RN era o primeiro filho. Neste sentido, esta abordagem mostrou-se crucial, já que junto com todos os ensinamentos que foram realizados durante o internamento no serviço, permitiu às puérperas/casais estar mais confiantes e conscientes das suas capacidades (Castán Mateo e Tobajas Homs, 2013).

Os pais também foram informados acerca da importância da consulta de revisão de puerpério entre a quarta e sexta semana pós-parto, assim como a consulta do RN com o pediatra ao 15º dia de vida.

Os RNs saíram do CMIN transportados num dispositivo de retenção homologado, de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04, sendo as suas características, modo de utilização e adequação ao RN avaliadas para proporcionar as condições necessárias a uma viagem de automóvel segura. As puérperas/casais foram ensinados que os RNs deviam viajar num sistema de retenção para crianças voltado para trás e semi-sentados, estando assim a cabeça, o pescoço e a região dorsal protegidos, devendo viajar em esta posição até aos 3 ou 4 anos. Assim, durante este último contacto, os ensinamentos sobre a prevenção de acidentes foram

novamente abordados, com o objetivo de esclarecer qualquer tipo de dúvidas que entretanto tivessem surgido (DGS, 2010; SN-SPP, 2008; APSI, 2014).

Para facilitar a compreensão das informações transmitidas, foi sempre fornecido um documento orientador da alta elaborado pelo CMIN, onde se resumiam temas como os cuidados ao RN, a amamentação, o autocuidado da puérpera, etc.

Em suma, durante este módulo de estágio as intervenções foram mais além do que executar, prestando especial atenção nos ensinamentos, apoiando às puérperas/casais no período pós-parto com o intuito de promover a autoeficácia enquanto pais nos cuidados do RN e de facilitar a preparação para a parentalidade. Neste sentido, cuidou-se das puérperas como um todo, tendo em consideração os seus pensamentos, medos, receios e dúvidas, assim como as funções que desempenham na sociedade. Foi ensinado às puérperas/casais as principais diferenciais entre as mudanças normais envolvidas durante o puerpério e as que podem ser verdadeiros sinais de alarme, promovendo assim o autocuidado (Denis et. al., 2012). A disponibilidade, a confiança e a individualidade dos cuidados a cada puérpera/casal favorece a sua aprendizagem e aumenta a sua participação. Embora a demora média do internamento fosse curta, tentou-se incentivar e investir nos autocuidados para que a mulher e casal pudessem adquirir as competências autónomas para cuidar de si e do seu filho, no regresso a casa.

## **5 - ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE**

Ao longo da unidade curricular denominada Estágio Profissionalizante desenvolvida em contexto hospitalar, foi possível o desenvolvimento de conhecimentos e competências promotoras de um desenvolvimento não só profissional, mas também pessoal. Isto proporcionou a oportunidade de contactar diferentes realidades laborais, em situações da prática clínica, de confronto e resolução de problemas na interação com outros profissionais de saúde que conduziu a um processo reflexivo que facilitou a integração de conhecimentos e impulsionou a tomada de consciência, constituindo uma inegável oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento a todos os níveis.

Cuidar em saúde materna e obstetrícia exige um grande domínio de conhecimentos e competências. Segundo o preconizado no Regulamento de competências específicas do EESMO (OE, 2011), este tem uma vasta área de atuação que contempla a implementação de cuidados no acompanhamento da gravidez saudável e de risco; na preparação e acompanhamento aos casais para a vivência da gravidez, a parentalidade e preparação para o parto; no cuidado durante o TP e também no cuidado ao casal e RN durante os primeiros dias, quer em ambiente hospitalar, quer na comunidade posteriormente.

Neste sentido, durante o estágio, prestaram-se cuidados individualizados a grávidas com e sem complicações, cuidados a parturientes durante o TP e parto, cuidados a puérperas e RNs com e sem fatores de risco e orientação parental com vista à promoção do estado de saúde e bem-estar dos RNs, envolvendo a família no planeamento dos cuidados. Isto permitiu perceber que a atuação do EESMO e a prestação de cuidados significativos para os seus clientes só é possível através de uma evidência científica atualizada. Assim, com vista a contribuir para a construção de uma Enfermagem com conhecimentos próprios e científicos, durante todo o período de estágio e período de elaboração do presente relatório recorreu-se à investigação, com base em artigos científicos, para suportar todas as intervenções realizadas. Isto contribuiu para a uniformização e valorização dos cuidados prestados, contribuindo para a excelência da profissão e para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência.

A par do empoderamento teórico, científico e técnico, salienta-se o desenvolvimento de outro tipo de competências do ponto de vista da resolução de problemas de forma proactiva, tais como o treino e o aperfeiçoamento de técnicas, o desenvolvimento de uma maior

autonomia na ação e na tomada de decisões face às situações concretas e sempre centradas nas evidências científicas e o facto de trabalhar com uma equipa multidisciplinar e de lidar com a resolução de problemas e situações. Neste sentido, foi fundamental a colaboração e espírito de cooperação da equipa de enfermagem e demais técnicos de saúde do serviço.

O desenvolvimento do estágio profissionalizante contribuiu a fortalecer competências adquiridas ao longo da formação académica, fruto do diálogo entre a teoria, a prática e a prestação de cuidados em ambiente hospitalar, atingindo assim o nível de conhecimento exigido gradualmente. Este conhecimento e crescimento só foram possíveis aliando a formação teórica à experiência profissional durante o estágio, ao entusiasmo das conquistas e à humildade no contexto profissional na expectativa de permanentes aquisições de competências através da relação interpessoal, da análise reflexiva e da autoanálise e avaliação.

Os objetivos associados à realização do estágio visam a consecução do percurso formativo de Mestrado e o desenvolvimento de competências do EESMO presentes no Regulamento de Competências Específicas do EESMO, publicado pela OE. Face ao exposto, e às exigências da diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, transposta para direito interno, lei nº 9/2009, de 4 de março, são exigidos ao formando como requisitos para a atribuição do título de EESMO o acompanhamento de 100 grávidas; prestar cuidados a 40 parturientes; realizar 40 partos eutócicos ou, por falta de oportunidades de aprendizagem, 30 partos eutócicos e 20 assistidos; participar em partos de apresentação pélvica ou situação simulada em contexto de sala de aula; realizar a prática de episiotomia e iniciação à sutura; efetuar a vigilância e prestar cuidados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco; manter a vigilância e prestação de cuidados a pelo menos 100 puérperas e RN saudáveis; observar e prestar cuidados a RN de risco e mulheres com situações patológicas do foro obstétrico e ginecológico.

Tendo em conta as referidas condições, considera-se que as competências necessárias à prestação de cuidados especializados no âmbito da gravidez, TP e pós-parto foram atingidas. Não tendo sido possível a realização de parto com apresentação fetal pélvica, foi realizado o estudo, a simulação e o procedimento do mesmo em sala de aula, no âmbito da unidade curricular de Trabalho de Parto e Autocuidado no Pós-Parto, no 1º ano do MESMO.

Em jeito de uma breve reflexão e síntese diria: que este percurso exigiu um envolvimento da nossa parte que culminou numa aprendizagem, que na fase inicial chegamos a pensar não ser possível ultrapassar os obstáculos que aparentemente faziam parte do nosso imaginário. Porém, esta foi uma das etapas mais fascinantes da nossa formação que nos



permitiu experienciar a verdadeira dimensão das competências como enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia.

Para facilitar a compreensão dos números de experiências atingidos, as figuras 3, 4 e 5 representam as experiências realizadas ao longo do estágio

Figura 2: Grávidas cuidadas ao longo do estágio

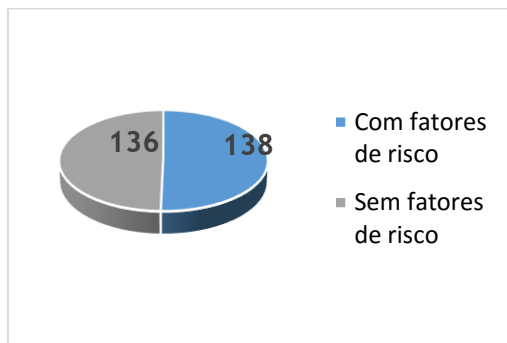


Figura 3: Puérperas e RN cuidados ao longo do estágio

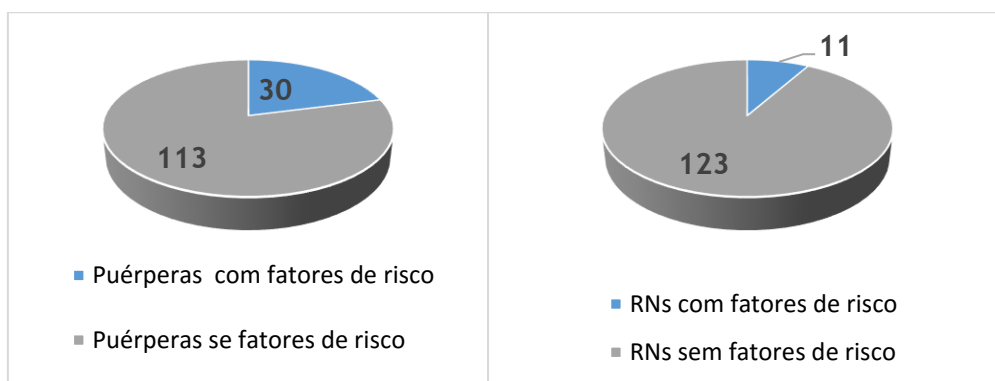
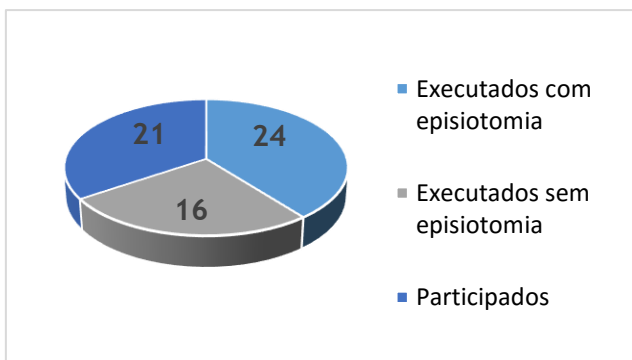


Figura 4: Número de partos executados e participados (cefálicos)



É óbvio que este número não transporta em si a quantidade de emoções significativas inerentes a todo o processo de formação, mas dado o tempo e o espaço percorrido para que fosse possível concretizar uma experiência tão significativa que implicou grande envolvimento, apreensão, sentimentos e emoções indescritíveis, diria: valeu a pena!

## CONCLUSÃO

A enfermagem de saúde materna e obstetrícia foi, desde sempre, um dos meus sonhos quer a nível profissional quer a nível pessoal. Assim sendo, a decisão de ingressar no curso de MESMO, para além de ir ao encontro das referidas aspirações, foi motivada pela possibilidade de prosseguir com uma formação que pudesse permitir a aquisição e o desenvolvimento de competências na área da saúde materna e obstetrícia, conciliada com a possibilidade de desenvolver competências e habilidades no âmbito da investigação. Foi, sobretudo, para obter uma formação teórico-prática que me permitisse trabalhar em contexto hospitalar ou a nível de cuidados primários em domínios que envolvem a prestação de cuidados à grávida, à parturiente, à puérpera, RN e família. Para poder ser, em suma, “matrona”.

A realização do presente relatório, mais do que a descrição dos cuidados prestados ao longo de todo o estágio e o processo de pesquisa científica realizado, representa também o processo de estudo, o desenvolvimento de competências e a reflexão vivenciados ao longo de um ano, na prática clínica como estudante do MESMO. É, em última análise, o culminar de todo o processo que se descreve criticamente ao longo deste texto.

Durante a realização deste trabalho foi possível compreender a necessidade que o EESMO tem de basear a sua prática nos conhecimentos inerentes à disciplina de enfermagem, baseando as suas intervenções na evidência científica mais pertinente e atual (Botelho, Cunha e Macedo, 2011). A problematização das práticas e o desenvolvimento e produção de investigação em enfermagem foram essenciais para a prestação de cuidados de qualidade em saúde, tendo estes emergido da necessidade de se dar resposta às necessidades dos clientes de saúde através de intervenções significativas, para uma experiência positiva da gravidez, parto e pós-parto (Mendes, Silveira e Galvão, 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010). Apesar de nem todas as áreas e atividades experienciadas ao longo do estágio terem sido problematizadas, de forma exaustiva, procurou-se expor o processo que fundamentou a tomada de decisão dos temas que se destacaram por gerarem maior discussão ou suscitarem mais dúvidas e reflexão.

Ao longo dos diferentes módulos do estágio, procurou-se refletir a preocupação pela melhoria e continuidade dos cuidados, individualizando cada mulher e casal, de modo fazer a diferença no seu acompanhamento.

Na gravidez com complicações foi possível prestar cuidados específicos a grávidas em contexto de internamento, com fatores relacionados com patologias da gravidez atual,

nomeadamente a ameaça de parto pré-termo, a rotura prematura de membranas e os distúrbios hipertensivos da gravidez, assim como abordar o tema na gravidez na adolescência. Durante o módulo do TP e parto foram prestados cuidados personalizados a cada estágio do TP, nomeadamente o período de dilatação, o expulsivo, a dequitação e o período de hemóstase, tratando da indução do TP num subcapítulo aparte. Durante o tempo de permanência das puérperas/ casais e RN no serviço, foi facilitado o apoio da família e de pessoas próximas da mesma, informando sobre a fisiologia do processo de recuperação após o nascimento e o autocuidado no pós-parto. Incentivou-se a amamentação, e respeitou-se o tempo que as puérperas despendiam para cuidar dos seus filhos. Abordou-se também a temática da elaboração para a alta e o regresso a casa.

A Enfermagem, em geral, e de uma forma particular, a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado, pela curiosidade em problematizar as práticas e, obviamente, este objetivo concretiza-se pelo recurso a uma PBE e com o suporte da investigação. Os enfermeiros que se encontram na prática clínica só podem assegurar um processo de cuidados de qualidade se problematizarem continuamente as práticas de cuidados e desenvolver processos de investigação, contribuindo assim para cuidados mais eficazes, seguros e significativos para as pessoas.

Neste sentido, o nosso percurso procurou seguir este rumo, no sentido de verificar e refletir as práticas à luz da evidência mais recente e significativa para as intervenções desenvolvidas. Para a consecução deste objetivo o processo de investigação desenvolvido, no presente relatório, teve por base uma temática que suscitou a nossa reflexão no decorrer do estágio. A discussão sobre a gestão ativa do terceiro período do TP foi uma constante entre os profissionais, e teve como objetivo avaliar a eficácia das intervenções constituintes da gestão ativa do 3º período do TP na prevenção da hemorragia pós-parto. A revisão integrativa da literatura efetuada corroborou a eficácia da gestão ativa na redução do risco de hemorragia no pós-parto imediato, seguindo as diretrizes recomendadas na gestão ativa do 3º período do TP da FIGO e ICM.

Relativamente às limitações sentidas, estas relacionam-se com o integrar esta formação com o início de uma caminhada que começou por implicar o afastamento do lar e começar uma nova vida num país estrangeiro, com uma nova língua e uma cultura que, embora possam parecer semelhantes, a vivência ao longo deste percurso demonstrou-nos ser bem diferentes. Isto trouxe consigo muitas mudanças, adaptações e aventuras que se foram superando com muita força de vontade, motivação e grande apoio, nomeadamente por parte da família. A estas,

acresceram as dificuldades de implementação de conhecimentos técnicos da vertente teórica do mestrado e que, ainda, não tinham sido experienciadas em contexto profissional anterior.

Neste âmbito, a orientação e a supervisão de estágio contribuíram para minimizar todas as dúvidas e para que as situações fossem ultrapassadas à medida que se evoluía para um melhor desempenho, tornando-se cada vez mais autónoma e motivada no processo de aprendizagem e de mobilização de conhecimentos. A permanente vontade férrea de superação, empenho e reflexão crítica foram motores de desenvolvimento, e a colaboração e apoio recebidos na aprendizagem prática constituiu outro marco importante do processo de estágio, na medida em que funcionou como um facilitador da experimentação no ramo de especialidade, como enfermeira de saúde materna e obstetra.

É de salientar que a evolução formativa se deveu em muito ao acompanhamento dado pela docente supervisora com os gestos de incentivo e a boa disposição transmitidos, os quais foram fonte de grande estímulo e motivação.

No que concerne às competências relacionais, a abordagem interativa e de suporte social com as mulheres e famílias permitiu o seu desenvolvimento, tendo existido, ao longo do estágio, uma nítida evolução neste âmbito, proporcional ao sentimento de segurança na prestação de cuidados. Neste sentido, foi muito importante o clima relacional sentido com as tutoras orientadores e com as diferentes equipas de enfermagem nos serviços, pois ele foi responsável pelo conforto para colocar as dificuldades a profissionais mais experientes, sem qualquer reserva ou constrangimento. Assim, considera-se com grande satisfação que os objetivos do estágio inicialmente delineados foram atingidos por todas as aprendizagens realizadas, pela qualidade destas e do seu imprescindível contributo para o crescimento pessoal, social e, acima de tudo, profissional. A participação neste estágio foi ativa e assídua, com interesse e empenho pelas atividades em desenvolvimento em todos os campos onde o estágio foi realizado. Foi um percurso formativo que proporcionou a construção e realização de um projeto experiencial em cuidados especializados de qualidade que culminou na realização pessoal e profissional. Efetivamente, o universo das experiências superou as expectativas iniciais, assim como a forma como estas foram sendo proporcionadas no contexto de estágio. Por fim, a título de balanço da experiência do relato do processo e das situações de estágio, considera-se que durante estes dois anos de formação se passou por um processo de formação pessoal e profissional sólido, consistente, necessário e oportuno, onde se conjugaram diferentes elementos que contribuíram a que fossem muito enriquecedores. Contudo, a elaboração deste relatório foi uma tarefa muito exigente e de grande utilidade como espaço de reflexão crítica do

percurso, das expectativas e dos desafios vencidos e sobre os novos desafios que se esperam nos tempos futuros.

Mas se o relatório surge como uma parte do passado para reconstruir o presente para no futuro ultrapassar dificuldades, ao permitir uma autocrítica e autoapreciação, ao ser feita uma análise do trabalho realizado, ao estabelecer uma comparação entre as aspirações e os resultados concretizados, para que possa justificar, em termos construtivos, as razões dos possíveis desvios entre eles, acreditamos que o sonho, através do processo de formação, cujo término culmina na discussão deste relatório, será concretizado!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDULLAH, A., SABOOHI, S., e HASHAMI, U. Effects of Amniotomy versus Spontaneous Rupture of Membrane on Progress of Labour and Foetal Outcome in Primigravidae . JLUMHS [Em linha]. 2010. Vol.9, nº1. p.33. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.lumhs.edu.pk/jlumhs/Vol09No01/pdfs/v9n1oa08.pdf>

ALDERDICE, F e LYNN, F. Stress in pregnancy: identifying and supporting women. *British Journal of Midwifery*, [Em linha]. 2009. Vol.9, nº 1 [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2009.17.9.43787>

ALEXANDRE, A.M.C. e MARTINS,M. A vivência do pai em relação ao trabalho de parto e parto. *Cogitare enferm.* [Em linha]. 2009. Vol. 14, nº2, pp.324-331. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/274172139\\_A\\_VIVENCIA\\_DO\\_PAI\\_EM\\_RELACAO\\_A\\_O\\_TRABALHO\\_DE\\_PARTO\\_E\\_PARTO](https://www.researchgate.net/publication/274172139_A_VIVENCIA_DO_PAI_EM_RELACAO_A_O_TRABALHO_DE_PARTO_E_PARTO)

ALFIREVIC, Z; DEVANE, D; e GYTE, GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for feal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha]. 2013. nº3, pp.1-135. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub>

ALMEIDA, A. *A Reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – Estudo exploratório no contexto domiciliar*. Porto, 2009. Tese de Mestrado.

ALMEIDA, E; e MARTINS FILHO, J.O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Revista Ciência Médica*. [Em linha]. 2004. Vol. 13, nº 4, pp 381-388 [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1214/1189>

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - Guidelines for Perinatal Care. 6ªed, Washington, DC: ACOG, 2007.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). - Induction of labor. ACOG Practice Bulletin. 2009. Vol. 114, nº2, pp.386–397.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGY (ACOG). Guidelines on Labor Induction. *Obstet Gynecol*. Julho, 2009.

AMORIM, MR; PORTO, MF; e SOUZA, AS. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. [Em linha]. 2010. Vol.38, nº 11, pp. 583-591. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=575018&indexSearch=ID>

ANDERSON, G.C., et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester: John Wiley & Sons [Em linha] 2004. Vol.1 [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: [http://www.cochrane.org/CD003519/PREG\\_early-skin-to-skin-contact-for-mothers-and-their-healthy-newborn-infants](http://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skin-to-skin-contact-for-mothers-and-their-healthy-newborn-infants)

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (APEO). *Iniciativa Parto Normal- Documento de Consenso*. LUSOCIÊNCIA: Loures, 2009.

- AUSTIN, M.P.; SUSAN, P. e SULLIVAN, E. Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *Cochrane Database Syst Rev.* [Em linha]. 2014. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843682>
- AYRES DE CAMPOS, D; MONTENEGRO, N. e RODRIGUES, T. *Protocolos de Medicina Materno Fetal*. 2ª ed. Lisboa: Lidel, 2008.
- BACKSTROM, C. e WAHN, E. Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery.* [Em linha]. 2009. Vol.27, nº1 [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19783334>
- BAJO ARENAS, J.M., et al. Fundamentos de Ginecología. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 1ª ed. Madrid, 2009.
- BASEVI, V. e LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour (Review). *The Cochrane Library.* [Em linha]. 2010. Vol. 4 [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: [http://croatia.cochrane.org/sites/croatia.cochrane.org/files/uploads/Basevi\\_Lavender\\_Routine-perineal-shaving-on-admission-in-labour.pdf](http://croatia.cochrane.org/sites/croatia.cochrane.org/files/uploads/Basevi_Lavender_Routine-perineal-shaving-on-admission-in-labour.pdf)
- BECK, S., et al. Care of the newborn: reference manual. Washington, DC: *Save the Children Federation.* [Em linha]. 2004. Vol. 4 [Consult. em 15 março. 2016]. Disponível em: <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/CARE-OF-THE-NEWBORN-REFERENCE-MANUAL-ENG.PDF>
- BECKMANN, C.R.B., et al. *Obstetrics and Gynecology. Lippincott Williams & Wilkins* 6ª ed., 2010.
- BEGLEY, C.M., et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* [Em linha]. 2011. Vol.9, nº1, pp.1-10. [Consult. 1 maio. 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22071837>
- BELLAD, M.B.; KAMAL, P. e RAJESHWARI, P. Does Artificial Rupture of Membranes (ARM) Reduce Duration of Labor in Primigravidae: A Randomized Controlled Trial. *Journal of South Asian Federation of Obstetrics & Gynecology.* [Em linha]. 2010. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: [http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=441&Type=FREE&TYP=TOP&IN=\\_eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=45&isPDF=YES](http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=441&Type=FREE&TYP=TOP&IN=_eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=45&isPDF=YES)
- BELLAD, M; KAMAL, P; e PATIL, JR. - Does Artificial Rupture of Membranes (ARM) Reduce Duration of Labor in Primigravidae: A Randomized Controlled Trial. *Journal of South Asian Federation of Obstetrics & Gynecology.* [Em linha]. 2012. Vol.2, nº1, pp. 37-39. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=441&Type=FREE&TYP=TOP&IN=~eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=45&isPDF=NO>
- BOTELHO F. S. A Assistência de Enfermagem ao Pré-Natal e sua importância. *Pedra azul - Minas Gerais.* [Em linha]. 2010). [Consult 15 jan. 2016]. Trabalho de conclusão de curso. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3109.pdf>
- BOTELHO, L; CUNHA, C; e MACEDO, M. O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. *Gestão e Sociedade Belo Horizonte.* [Em linha]. 2011. Vol.5, nº11, pp.121-136. [Consult. 15 Maio. 2016]. Disponível em: <file:///C:/Users/Diana/Downloads/O+M%C3%89TODO+DA+REVIS%C3%83O+INTEGRATIVA+NO+S+ESTUDOS+ORGANIZACIONAIS.pdf>. ISSN 1980-5756.
- BOWDEN, V. e GREENBERG, C. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. *Guanabara – Koogan.* [Em linha]. 2005. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: [https://issuu.com/guanabarakoogan/docs/amostras\\_de\\_paginas-bowden](https://issuu.com/guanabarakoogan/docs/amostras_de_paginas-bowden)
- BRAMSON, L; et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *Journal of Human*



- Lactation*. [Em linha]. 2010. Vol.26, nº2, pp. 130-137. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <<http://jhl.sagepub.com/content/early/2010/01/28/0890334409355779.abstract>>. ISSN 1552-5732.
- BRANCO, A; FEKETE, S.e RUGOLO, L. O choro como forma de comunicação de dor do RN: uma revisão. *Rev Paul Pediatría*. [Em linha]. 2006. Vol.24, nº3, pp.270-274. [Consult. 15 mar. 2016]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4060/406038917013.pdf>
- BRAZELTON, T. e SPARROW, J. A Criança e o Choro. *Editorial Presença*, 2003.
- BRICKER, L. e LUCKAS, M. Amniotomy alone for induction of labour (Review). *The Cochrane Library*. [Em linha]. 2012, Vol.8. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11034776>
- BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. *Rev. esc. enferm. USP* [Em linha]. 2014. Vol.48, nº 2 [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000200335](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200335)
- BRÜGGEMANN, O.; OSIS, M. e PARPINELLI, M. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saúde Pública*. [Em linha]. 2007. [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5409.pdf>
- BRUGGEMANN, O; PARPINELLI, M. e OSIS, M. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*. [Em linha]. 2005. Vol.21, nº5, pp. 1316-1327. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n5/03.pdf>.
- CAMANO, L., et al. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. *Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina Obstétrica*. São Paulo. 2003.
- CARLANDER, A.K., et al. Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery. *Sexual & Reproductive Healthcare*. [Em linha]. 2010 [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21122593>
- CARROLI, G. e MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Systematic Reviews*. [Em linha]. 2012. n.º1. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/abstract>
- CARVALHO, C; SOUZA, A. e FILHO, O. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*. [Em linha]. 2010. Vol.38, nº5, pp. 265-270. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=546439&indexSearch=ID>
- CASTAN MATEO, S. e TOBAJAS HOMES, J.J. Obstetricia para Matronas. *Guía Práctica*. Panamericana. 2013.
- CHALOUJ, G.E. et al. A comparison of first trimester measurements for prediction of delivery date. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. [Em linha]. 2011, Vol.24. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20350241>
- CHURCHILL, D., et al. Interventionist versus expectant care for severe pre-eclampsia between 24 and 34 weeks' gestation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha]. 2013. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23888485>
- CLODE, N. JORGE, C. e GRAÇA, L. Normas de actuação na urgência de obstetrícia e ginecologia do Hospital Santa Maria. 2ª ed. Lisboa, 2012.

- COLSON, S. The physiology of lactation revisited. *The Practising Midwife*. [Em linha]. 2007. Vol.10, nº10. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18051914>
- COOKE, A. When will we change practice and stop directing pushing in labour?. *British Journal of Midwifery*. [Em linha] 2010. Vol.18, nº2, pp. 77-81. [Consult. 1 Maio. 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2010.18.2.46403>
- COTTER, A; NESS, A. e TOLOSA, J. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Review*. Oxford [Em linha]. 2013. n.º 10 [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001808.pub2/abstract>
- COY, K.; SPELTZ, M. e JONES, K. Facial appearance and attachment in infants with orofacial clefts: a replication. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*. Oxford [Em linha]. 2013, n.º 10. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11772172>
- CRUZ, S.; SUMAN, S. e SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm. Universidade de São Paulo*. [Em linha]. 2007 vol.41, nº42. [Consult. 1 maio. 2016] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf>
- CULLUM, N., et al. Enfermagem baseada em evidência: Uma introdução. Porto Alegre: Artmed editor, 2010.
- CUMMINGS, J. e MILES, BS. El llanto de los bebés. *About kids health*. [Em linha] 2009. [Consult. 15 março. 2016]. [Disponível em: <http://www.aboutkidshealth.ca/EN/HEALTHAZ/MULTILINGUAL/ES/Pages/Crying-in-Babies.aspx>
- CUNHA, M., et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Em linha]. 2009. Vol. 13, nº1, pp-146-153. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf>
- CUNNINGHAM, F., et al. *Obstetrícia de Williams*. 23ª ed. Brasil: McGraw Hill, 2011.
- D'SOUSA, R., e ARULKUMARAN, S. To "C" or not to "C"? Caesarean delivery upon maternal request: A review of facts, figures and guidelines. *Journal of Perinatal Medicine*. [Em linha]. 2013. Vol. 41, nº 1, pp. 5-15. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://doi.org/10.1515/jpm-2012-0049>
- DECRETO-LEI nº14/85. DR. I Série .Nº 153 (1985-07-06), pp.1874.
- DEMOTT, K., et al. Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care of Recently Delivered Women And Their Babies. *National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners*. London. [Em linha]. 2006. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/evidence/full-guideline-485782237>
- DENIS, A.; PONSINB, M., e CALLAHANB, S. The relationship between maternal self-esteem, maternal competence, infant temperament and post-partum blues. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. [Em linha]. 2012. Vol.30, nº 4, pp.388–397 [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://ifp.nyu.edu/2012/journal-article-abstracts/the-relationship-between-maternal-self-esteem-maternal-competence-infant-temperament-and-post-partum-blues/>

DEVANE, D., et al. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha] 2012, Vol.2. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://sarawickham.com/wp-content/uploads/2013/03/emrev-5-ctg.pdf>

DICENSO, A.; BAYLE, L. e HAYNES, R. Accessing prepraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *ACP Journal Club*. [Em linha]. 2009. Vol151. [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: [http://plus.mcmaster.ca/macplusfs/documentation/Haynes\\_6S\\_Editorial.pdf](http://plus.mcmaster.ca/macplusfs/documentation/Haynes_6S_Editorial.pdf)

DINIZ, G. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo. 2001. Tese de Doutorado.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade. Orientação da Direcção Geral de Saúde nº 001/2010.

DIXON, L. e FOUREUR, M. The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm? *New Zealand College of Midwives*. Journal 42 [Em linha]. 2010. [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: <https://opus.lib.uts.edu.au/bitstream/10453/13828/1/2010000232.pdf>

DOENGES, M.E e MOORHOUSE, M.F. Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnostico de Enfermagem-Um texto Interactivo para o Raciocínio Diagnostico. 5ª Ed. Loures: Lusociência, 2010.

DONAT COLOMER, F. *Enfermería Maternal y Ginecología*. Barcelona: Masson; 2006.

DOREY, M., et al. Maternal diabetic ketotic decompensation which occurred during corticotherapy for fetal lung maturation. A report of three cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. Paris [Em linha]. 2013. [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24060547>

DOWNE, S., et al. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review). *The Cochrane Library*. [Em linha]. 2013. Vol.7. [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010088.pub2/pdf>

DOWSWELL, T., et al. Different methods for the induction of labour in outpatient settings (Review). *The Cochrane Library*. [Em linha]. 2010. Vol.8. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007701.pub2/abstract>

DU, Y.; YE, M. e ZHENG, F. Active management of the third stage of labor with and without controlled cord traction: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. [Em linha]. 2014. Vol.93. nº7 [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24828584>

DYSON, L., et al. Promotion of breastfeeding initiation and duration: Evidence into practice briefing. *NICE*. London. [Em linha]. 2006 [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em:

[http://www.breastfeedingmanifesto.org.uk/doc/publication/EAB\\_Breastfeeding\\_final\\_version\\_1162237588.pdf](http://www.breastfeedingmanifesto.org.uk/doc/publication/EAB_Breastfeeding_final_version_1162237588.pdf)

ENKIN, E.A. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. *Oxford: Oxford University Press*. 2000.

EVANS, A.T. Manual de Obstetrícia. 7ª Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FAHY, K., et al. Holistic physiological care compared with active management of the third stage of labour for women at low risk of postpartum haemorrhage: a cohort study. *Women and Birth*. [Em linha]. 2010. Vol.23, nº 4. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20226752>

FEDERACION DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA. *Iniciativa Parto Normal: documento de consenso*. Barcelona: FAME, 2008.

FELGUEIRAS, M. e GRAÇA, L. Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Rev de Enfermagem Referência*. [Em linha]. 2013. Vol. 3, nº11, pp.77-84. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832013000300009](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000300009)

FENWICK, J., et al. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*. [Em linha]. 2010. Vol.26, nº4, pp.394–400 [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.011>

FERNANDES, J; MACHADO, M. e OLIVEIRA, Z. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia* [Em linha]. 2011. Vol.86, nº1, pp. 102-10. [Consult. 14 março. 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/en\\_v86n1a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/en_v86n1a14.pdf). ISSN 0365-0596.

FERNÁNDEZ-ABASCAL, E., SÁNCHEZ, D., e MONTAÑÉS, M. Guía de la expresión del bebé. Barcelona. [Em linha]. 2010 [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: [http://www.parabebes.com/files/Guia\\_NUK.pdf](http://www.parabebes.com/files/Guia_NUK.pdf)

FERNÁNDEZ, Ibone O., et al. Mode of delivery may influence neonatal responsiveness to maternal separation. *Early Human Development*. [Em linha]. 2013. Vol.89, pp. 339-342 [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: [http://www.earlyhumandevlopment.com/article/S0378-3782\(12\)00273-3/abstract](http://www.earlyhumandevlopment.com/article/S0378-3782(12)00273-3/abstract)

FIGUEIREDO, B., COSTA, R., e PACHECO, A. Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas. *Análise Psicológica*. [Em linha]. 2002. Vol.2, pp.203-217. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v20n2/v20n2a02.pdf>

FLEURY, M; FLEURY, A. - Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea Especial*. [Em linha]. 2001. Vol. 5, pp. 183-196. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>

FONSECA, A. E CANAVARRO, M. Reações parentais ao diagnóstico Reações parentais ao diagnóstico perinatal de anomalia congénita do bebé. *Psic., Saúde & Doenças*. [Em linha]. 2010. Vol., pp.183-196. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862010000200009](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000200009)

FRASER, D.M. E COOPER, M. A Assistência Obstétrica: Um Guia Prático Para Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

FREITAS, F; et al. Rotinas em Obstetrícia. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FUREDI, F. Celebrity culture. *Society*. [ Em linha]. 2010. Vol.47, pp.493–7. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/225565544\\_Celebrity\\_Culture](https://www.researchgate.net/publication/225565544_Celebrity_Culture)

GABBE, S.; NIEBYL, J. e SIMPSON. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. *Philadelphia, PA: Churchill Livingstone*. 5º ed. 2007.

GALVÃO., et al. Comunicação não-verbal entre mãe e filho na vigência do HIV/AIDS à luz da tacética. *Revista de Enfermagem*. [Em linha]. 2009. Vol.13, nº 4, p.780-785. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452009000400013&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452009000400013&script=sci_abstract&lng=pt)

GALVÃO, DG. Education in maternal breastfeeding and their repercussions in clinical practice. *Rev Bras Enferm* [Em linha]. 2011. Vol.64, nº2, p.308-314 [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21755215>

GALVÃO, M. Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes. *Lusociência*. Loures [Em linha]. 2006. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/64575>

GHERMAN, R.B. Shoulder dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. *Clin Obstet Gynecol*. [Em linha]. 2002. Vol.45, nº 2 [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3279180/>

GLANTZ, C. Labor induction rate variation in upstate New York; what is the difference?. *Birth*. [Em linha]. 2003. Vol.30, nº3. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12911799>

GOTTLIEB, A. e GALAN, H. Shoulder dystocia: an Update. *Obstet Gynecol Clin N Am*. [Em linha]. 2007. Vol.34, p.501-531 [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17921012>

GRAÇA, L. Medicina Materno-Fetal. 4ª ed. Lisboa: Lidel, 2010.

GUERRA, M., et al. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Em linha]. 2014. Especial 1, pp 117-124. [Consult. 15 março 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a19.pdf>.

GUPTA, J; HOFMEYR, G., e SMITH, R. Position for women during second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha] 2012. Vol.16, nº5, pp.1-3. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub3/pdf/abstract/>

GUTIÉRREZ, R.Y.R., MARIN, J.A.B., e MOLINA, J.P. Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. *Ginecol Obstet Mex* [Em linha] 2009. Vol.77, nº7, pp. 311-6. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom097b.pdf>

GUZMÁN-JUÁREZ, W., et al. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. *Ginecol Obstet Mex*. [Em linha]. 2012. Vol.80, nº7, pp. 461-466 [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom127d.pdf>

HATEM, M., et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester: John Wiley & Sons. [Em linha]. 2008. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843666>

HOCKENBERRY, M.; e WILSON, D. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8ª ed. Elsevier, 2011.

HODNETT, D. Caregiver support for women during childbirth. *The Cochrane Library*. [Em linha]. 2013. n.º 3. [Consult. 15 março 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796179>

HODNETT, E.D., et al. Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Library*. [Em linha]. 2013. n.º 7, pp. 1-114. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://childbirthconnection.org/pdfs/CochraneDatabaseSystRev.pdf>

HOFMEYR, G.J., MSHWESHWE, N.T. e GULMEZOGLU, A.M. Controlled cord traction for the third stage of labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Em linha]. 2015. Vol. 1, nº 1 [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25631379>

HOFMEYR, J.; XU, H., e EKE, C. Amnioinfusion for meconium-stained liquor in labour (Review). *The Cochrane Library*. [Em linha]. 2014. Vol. 1. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091497>

IMDAD, A., et al. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns (Review). *The Cochrane Library*. [Em linha]. 2013. Vol. 1, pp. 1-19 [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.thecochranelibrary.com>

COY. K.; SPELTZ. M.L e JONES. K. Facial appearance and attachment in infants with orofacial clefts: a replication. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. [Em linha]. 2002. Vol. 39, nº 1 p. 66-72. Disponível em: <http://ejo.oxfordjournals.org/content/27/3/274.full.pdf>

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. Management of Labor. *Institute for Clinical Systems Improvement*. Bloomington. [Em linha]. 2007. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: [https://www.icsi.org/\\_asset/br063k/LaborMgmt.pdf](https://www.icsi.org/_asset/br063k/LaborMgmt.pdf)

INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE - CIPE 2: *Classificação Internacional para a prática de enfermagem versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). Ethical guidelines on human reproduction and women's health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. [Em linha]. 1999. Vol. 64, pp. 317-322. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>

INTERNATIONL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO) Guidelines: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [Em linha]. 2012. Vol.117 [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(12\)00095-1/abstract](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(12)00095-1/abstract)

Johansson, M., et al. Childbirth—an emotionally demanding experience for fathers. *Sexual & Reproductive Healthcare*. [Em linha]. 2012. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22325797>

JOHNSON & JOHNSON. Guía de cuidados de la piel del recién nacido y del bebé. Recomendaciones basadas en la evidencia y en las buenas prácticas. *Revista Matronas Prof.* [Em linha]. 2013 Vol.4, nº4. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: [http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/580d19a2-436f-4876-ac5c-72e6b0775601/ce3f63de-4c2c-4887-b6c6-2d36fa778e5d/Gu%C3%ADa%20de%20consenso\\_DEF.pdf](http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/580d19a2-436f-4876-ac5c-72e6b0775601/ce3f63de-4c2c-4887-b6c6-2d36fa778e5d/Gu%C3%ADa%20de%20consenso_DEF.pdf)

JONGE, A., et al. Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? a qualitative interview study in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Em linha]. 2014. Vol.14, nº1, pp.1-3. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-103>

JONSON, J. Enfermagem Materna e do RN desmistificada: Um guia de aprendizado. Macgraw-Hill. Artmed, 2012.

JOZWIAK, M. e DODD, M. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section (Review). *The Cochrane Library*. [Em linha]. 2013. Vol.3. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23543582>

JUSTUS HOFMEYR, G., ABDEL-ALEEM, H e ABDEL-ALEEM, M.A. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha]. 2008. nº3. [Consult. 15 maio 2016]. Disponível em: <http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD006431.pdf?ua=1>

KARP, H. Five simple steps to calm your baby's fussies! *Pediatrics for parents*. Bangor. [Em linha]. 2007. nº3. [Consult. 15 março 2016]. Disponível em: <https://happiestbaby.com/five-simple-steps-to-calm-your-babys-fussies/>

- KELLY, M. et al. Delayed versus immediate pushing in second stage of labor. *MCN Am J Matern Child Nurs*. [Em linha] 2010. Vol.35, nº 2, pp. 81-88. [Consult. 15 março 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20215948>
- KETTLE, C. e JOHANSON, R.B. Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford: Update Software. [Em linha]. 2010. pp. 81-88. [Consult. 1 maio 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164456/>
- KETTLE, C., et al. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*. [Em linha]. 2010. Vol.3, nº3, pp. 185-185. [Consult. 1 maio 2016]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/47381836\\_Empowerment\\_in\\_midwifery\\_context\\_-\\_a\\_concept\\_analysis](https://www.researchgate.net/publication/47381836_Empowerment_in_midwifery_context_-_a_concept_analysis)
- KING, J., et al. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha]. 2003. [Consult. 15 maio 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535434>
- KIRBY, S. Trends in labor induction in the United States: is it true that what goes up must come down?. *Birth*. [Em linha]. 2004. Vol.31, nº:2, pp.148-151 [Consult. 15 maio 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15153136>
- KITZINGER, S. Porque choram os bebés?. Porto, 2006. Cap.3. Pp.20-31
- LAURA, R.K; et al. Pacifier Restriction and Exclusive Breastfeeding. *Pediatrics*. [Em linha]. 2013. Vol.131 [Consult. 15 maio 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23509161>
- LAUZON, L., e HODNETT, E. Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *Cochrane Database Syst Rev*. [Em linha]. 2001. Vol.3 [Consult. 15 maio 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11686969>
- LAVENDER, T.; HART, A., e SMYTH, D. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term (Review). *The Cochrane Library*. [Em linha]. 2013. Vol. 7. [Consult. 1 maio 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005461.pub4/full>
- LEVENO KENEETH, J. Manual de Obstetricia de Williams - complicações na gestação. *São Paulo : ARTMED*, 2010.
- LEVY, L. e BÉRTOLO, H. Manual do Aleitamento Materno. *Comité Português para a Unicef/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. 2ª ed. Lisboa. [Em linha]. 2008. [Consult. 1 maio 2016]. Disponível em: [https://www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento.pdf](https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf)
- LIMA, Y.M.S. e MOURA, M.A.V. Consulta de Enfermagem pré-natal: A qualidade centrada na satisfação da cliente. *Cuidado Fund*. [Em linha]. 2005. Vol. 7 [Consult. 1 maio 2016]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/267950271\\_Consulta\\_de\\_Enfermagem\\_pre-natal\\_a\\_qualidade\\_centrada\\_na\\_satisfacao\\_da\\_cliente](https://www.researchgate.net/publication/267950271_Consulta_de_Enfermagem_pre-natal_a_qualidade_centrada_na_satisfacao_da_cliente)
- LOCK, L., e GIBB, H. The power of place. *Midwifery*. [Em linha]. 2003. Vol.19, pp. 132-139. [Consult. 1 maio 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12809633>
- LOPES, R., et al. O Antes e o Depois: Expectativas de Mães sobre o Parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. [Em linha]. 2005. Vol.18, nº 2, pp. 132-139. [Consult. 1 maio 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf>
- LOTHIAN, J. e DEVRIES, C. The Official Lamaze Guide: Giving Birth With Confidence. *New York: Meadowbrook Press*, 2005.

- LOWDERMILK, D. e PERRY, S. Enfermagem na Maternidade. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008.
- MACEDO, P., et al. Percepção da dor pela mulher no pré-parto. A influência do ambiente. *Rev. Enferm UERJ*. [Em linha]. 2005. Vol.13, pp. 306-312. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v13n3/v13n3a03.pdf>
- MACHADO, A. *Epidemiologia da Ameaça de Parto Pré-termo e do Trabalho de Parto Pré-termo*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. 2012. Dissertação.
- MAGGIONI, C. DAVIDE, M. e FRANCESCA, F. PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [Em linha]. 2006). Vol.27, nº.2, pp. 81-90. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/6976794\\_PSTD\\_risk\\_factors\\_and\\_expectations\\_among\\_women\\_having\\_a\\_baby](https://www.researchgate.net/publication/6976794_PSTD_risk_factors_and_expectations_among_women_having_a_baby)
- MANNEL, R; MARTENS, P., e WALKER, M. Manual prático para consultores de lactação. 2º ed. Loures: Lusociência, 2011.
- MARTÍNEZ-GALIANO, JM. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matronas profesión*. [Em linha]. 2009. [Consult. 15 maio 2016]. Disponível em: <http://www.federacion-matronas.org/rs/642/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/a39/filename/vol10n4pag20-26.pdf>
- MARX, H.; WIENER, J, e DAVIES, N. A survey of the influence of patient's choice on the increase in the caesarean section rate. *J Obs Gynae* [Em linha]. 2001. Vol.21, nº2, pp. 124–7 [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12521877>
- MATOS, T., et al. Contacto precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. [Em linha]. 2010. Vol. 63, nº6, pp.998-1004. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000600020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600020)
- MCDONALD, G. Diagnosing the latent phase of labour: use of the partograma. *British Journal of Midwifery*. [Em linha]. 2010. Vol. 18, nº 10. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=09694900&AN=54654857&h=9TKSYvj0U3RR0LPC%2bswHamRYbie3a1ZN5ghu0qa7fEvGFPKgNces95rN%2ffwHFV4ivifKa%2ftkeaoEPdKf%2bzzULA%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d09694900%26AN%3d54654857>
- MCDONALD, S., et al. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Nova Jérícia: John Wiley & Sons [Em linha]. 2013. [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ebch.1971/epdf>. ISSN 1465-1858.
- MCKAY, S.; BARROWS, T. e ROBERTS, J. Women's views of second stage labor as assessed by interviews and videotapes. *Birth*. [Em linha]. 1990. Vol.17. [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2285436>
- MELEIS, A. Theoretical nursing – development and progress. 4ª ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company. 2007.
- MELEIS, A. Transitions Theory. *Middle*. Springer Publishing Company, 2010.
- MENDES, K.; et al. Amamentação da criança portadora de fissura lábio palatina. *Brasil* [Em linha]. 2009. [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Amamentacaodacriancaportadoradefissuralabiopalatina.pdf>



MENDES, K; SILVEIRA, R. e GALVÃO, C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* [Em linha]. 2008. Vol.17, nº4, pp. 758-764. [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA. 2014.

MIQUELUTTI, M.; CECATTI, J. e MARKUCH, M. Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth.* [Em linha]. 2013. Vol.13, nº154, pp. 1-9. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-154>

MONTENEGRO, C.A.B. e REZENDE FILHO, J. Obstetrícia fundamental. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2014.

MONTENEGRO, N., et al. Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 3ª edição. Lisboa: Lidel, 2014.

MOORE E. R.; ANDERSON, G. C. e BERGMAN N. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión). *The Cochrane Collaboration.* [Em linha]. 2007. Vol.40, pp. 1-60. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003519sp.pdf>

MOORE, E., et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Nova Jérсия: John Wiley & Sons [Em linha]. 2012. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/pdf>

MOTTA, C. e CREPALDI, M. O pai no parto e apoio emocional. A perspectiva da parturiente. *Paidéia.* [Em linha]. 2005. Vol.15, nº30, pp. 105-118 [Consult. 1 Jmaio. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/12.pdf>

MOUSA, H.A. e ALFIREVIC, Z. Tratamiento para la hemorragia posparto. Cprimaria (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Plus.* Oxford: Update Software Ltd. [Em linha]. 2008. Vol. 2. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003249sp.pdf>

NACHUM, Z., et al. Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labour in prolonged latent phase: a 122 randomized controlled trial. *Reproductive Biology and Endocrinology.* [Em linha]. 2010. Vol.8, nº136. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21054896>

NASCIMENTO, K.; CASAGRANDE, G. e GOLIN, M. Avaliação neurológica de recém-nascidos a termo de baixo risco pelo Método Dubowitz. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde.* [Em linha]. 2011. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/view/51>

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. NICE Clinical Guidelines. 2ª ed. London: RCOG Press, 2008.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL. Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. 2007.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELENCE (NICE) Caesarean section. Londres: NICE Clinical Guidelines, 2011.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. (NICE) Induction of labour. Londres: NICE Clinical Guidelines, 2008.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth. Londres: NICE Clinical Guidelines, 2007.

NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Postnatal care: clinical guideline 37. 2014.

NETO, M.I.N.P. e Segre, C.A.M. Análise comparativa das gestações e da frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas. *Einstein* [Em linha]. 2010. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082012000300003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082012000300003&script=sci_abstract&tlng=pt)

NINA, R., et al. Pacifiers and Breastfeeding: A Systematic Review. *JAMA Pediatrics*. [Em linha]. 2009. Vol.163, nº4009. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=381289>

NOGUEIRA, J., e FERREIRA, M. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem Referência*. [Em linha]. 2012. Vol.3, nº8, pp.57-66. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a06.pdf>

OGUZ ORHAN, E., et al. Prospective randomized trial of oxytocin administration for active management of the third stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. [Em linha]. [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25108586>

OHAIN, J.S. Towards a physiological management of the third stage that prevents postpartum haemorrhage. *MIDIRS Midwifery Digest*. [Em linha]. 2010. Vol.163, nº.4009. [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/281363274\\_Towards\\_a\\_physiological\\_management\\_of\\_the\\_third\\_stage\\_that\\_prevents\\_postpartum\\_haemorrhage](https://www.researchgate.net/publication/281363274_Towards_a_physiological_management_of_the_third_stage_that_prevents_postpartum_haemorrhage)

OLIVEIRA, R. S. Hipertensão na Gravidez. *Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida*, [Em linha]. 2008. [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.itarget.com.br/newclients/sggo.com.br/2008/extra/download/manualHIPERTENS-NA-GRAVIDEZ>

OLIVEIRA, V.J, MADEIRA, A.M.F. e Penna, C.M.M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. *Rev Rene*. [Em linha]. 2011. Vol.12, nº1. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1\\_pdf/a07v12n1.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a07v12n1.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Parecer: Procedimento de cuidados perineais à puérpera durante o internamento hospitalar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático*. Genebra: OMS. 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills. Genebra. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Organization partograph in management of labour*. The Lancet. 1994. Vol. 343, pp. 1399-1404.

OSÓRIO CASTAÑO, J.H. e BOTERO-ORTIZ, B.E. Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding. *Columbia*. [Em linha]. 2012. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/7953/12896>

OYAMADA, L.H., et al. Gravidez na adolescência e o risco para a gestante. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* [Em linha]. 2014. Vol.6, nº2, pp.38-45. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: [http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140331\\_212052.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140331_212052.pdf)

PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO DA UNIAO EUROPEIA. Directiva 200536/CE. Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Jornal Oficial da Uniao Europeia. L225. 2010.

PARREIRA, M. e GOMES, N. Preventing postpartum haemorrhage: active management of the third stage of labour. *Journal of Clinical Nursing*. [Em linha] 2013. Vol. 22, nº 23-24, pp. 3372–3387. [Consult. 1 maio 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12361/pdf>

PEREIRA, M.A. Aleitamento Materno: Importância da correção da pega no sucesso da amamentação – Resultados de um estudo experimental. *Lusociência*. Porto. [Em linha]. 2006. Vol.41 [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/062738.pdf>

PÉREZ VERGARA, I. SERRANO ARENAS, M. e MORÓN MONTIEL, J. Manejo del alumbramiento: conducta expectante frente a conducta activa. *Revisión de la bibliografía. Colegio de Enfermería de Málaga. Revista Cuidándote*. [Em linha]. 2015. [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: [http://revistacuidandote.eu/fileadmin/VOLUMENES/2015/Volumen9/Articulos/1MANEJO\\_DEL\\_ALUMBRAMIENTO\\_art.pdf](http://revistacuidandote.eu/fileadmin/VOLUMENES/2015/Volumen9/Articulos/1MANEJO_DEL_ALUMBRAMIENTO_art.pdf)

PICCINI, C.A., et al. Expetativas e sentimentos de pais em relação ao bebé durante a gestação. *Estudos de Psicologia*. [Em linha]. 2009. Vol. 26, nº3, pp.372-382. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a10.pdf>

POPLAR, J. Holistic Care in High Risk Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*. [Em linha]. 2014. Vol.29, nº4, pp. 68-71. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/99881827/holistic-care-high-risk-pregnancy>

PORTO, A.M; AMORIM, H.M e SOUZA, A.S. Assistance to the first period of labor based on evidence. *Revista Feminina*. [Em linha]. 2010. Vol.38, nº 10, pp. 527-537. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=574503&indexSearch=ID>

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Indução do trabalho de parto. Circular Normativa Nº 002/2015. Lisboa, 2015.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Vacinação- Versão atualizada, 2014. Jan, 2012.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Ed. Revista e atualizada. Lisboa, 2008

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. *Orientação 002/2015: Indução do trabalho de parto*. Lisboa, 2007.

PORTUGAL. Ministério de Saúde. Infarmed. Prontuário Terapêutico. Governo de Portugal. 2013.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde- Boletim de saúde da grávida. Circular Normativa Nº 16/DSMIA. 2001.

POUSA, O. M. Saberes e competências do pai, com preparação para o parto, durante o trabalho de parto e parto: contributos para a prática de enfermagem. *Dissertação de Mestrado. Escola*

*Superior de Enfermagem do Porto*. [Em linha]. 2012. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9362/1/ESEP%20-%20Dissertacao%20Mestrado%20-%20Olga%20Pousa.pdf>

PRINS, M., et al. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. [Em linha]. 2011. Vol.11, nº6, pp. 662-670. [Consult.1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21392242>.

PUPULIM, J.S.L. e SAWADA N.O. Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. *Texto Contexto Enferm*. [Em linha]. 2010. Vol.19, nº1, pp. 36-44. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a04.pdf>

REVEIZ, L.; GAITÁN, H.G. e CUERVO, L.G. Enemas during labour (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software. [Em linha]. 2010. Vol.1 [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943738>

RIBOWSKY, J. Pregnancy-Induced Hypertension. *Clinician Reviews*. [Em linha]. 2012. Vol. 22. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.clinicianreviews.com/articles/clinical-features/article/pregnancy-induced-hypertension/f49bf3fb9bc269d7c6e258b91eea90c8.html>

RICCI, S.S. *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ROCHA, I., et al. O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Ver Esc Enferm USP*. [Em linha]. 2009. Vol.43, nº4, pp.880-888. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/3896>

ROMERO, S. T., et al. cesarean Delivery on Maternal Request : A Western North Carolina Perspective. [Em linha]. 2012. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s10995-011-0769-x>

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. The Management of Severe Pre-Eclampsia/Eclampsia. Guideline No 10 (A). London : RCOG, Março de 2006.

RUBARTH, L. et al. Women's Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* [Em linha]. 2012. Vol.41, pp.398-407. [Consult. em 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22537349>

RUDRA. P., et al. Recent advances in management of pre-eclampsia. *British Journal of Medical Practitioners*. [Em linha]. 2011. Vol.4, p. 433 [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://bjmp.org/content/recent-advances-management-pre-eclampsia>

SABATINO, H. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. Orientações para a prática nos serviços. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. [Em linha]. 2010. Vol. 4, nº4, pp. 143-148 [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/841>

SANTOS, N., et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Ciência & Saúde Coletiva* [Em linha]. 2014. Vol.19, nº3, pp.719-726. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000300719&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000300719&script=sci_abstract&tlng=pt)

SARKADI, A., et al. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Acta paediatrica*. [Em linha]. 2008. Vol.97, nº2. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18052995>

SCHIDT, E.B., e Argimon, I.L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Revista Paideia* [Em linha]. 2009. Vol.19, nº43, pp. 211-220. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/08.pdf>

SEGURA FERNÁNDEZ, A., et al. Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad maternal por hemorragia posparto. *Revista Cubana de Medicina Militar*. [Em linha]. 2013. Vol.42, nº 3, pp. 258-367 [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572013000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000300002)

SHAW, E., et al. Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health. *The Authors Journal compilation*. [Em linha]. 2006. Vol.33.[Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16948721>

SILVA, A.C.A. et al. Fatores de risco que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência: revisão integrativa da literatura. *Rev Cuid* [Em linha]. 2013. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/14/145>

SIRIWACHIRACHAI, T., et al. Antibiotics for meconium-stained amniotic fluid in labour for preventing maternal and neonatal infections. *Cochrane Collaboration*. [Em linha]. 2012. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: [http://apps.who.int/whl/pregnancy\\_childbirth/childbirth/fetal\\_distress/cd007772\\_hezelgraven\\_com/en/](http://apps.who.int/whl/pregnancy_childbirth/childbirth/fetal_distress/cd007772_hezelgraven_com/en/)

SMYTH, R M; MARKHAM, C., e DOWSWELL, T. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. [Em linha]. 2013. Vol.6, nº1. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/epdf/standard>

SOLTANI, H; HUTCHON, D R. e POULOSE, T. A. Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. [Em linha]. 2010. Vol.4, nº8 ,pp.1-17. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20687079>

SOSA, C. et al. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha]. 2016. Vol.6, nº 1 [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://apps.who.int/whl/reviews/langs/CD003581.pdf>

SOUZA, Marcela; SILVA, Michelly., e CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein*. [Em linha]. 2010. Vol.8, nº 1, pp. 102-106. [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)

SPELTZ, M., et al. Early predictors of attachment in infants with cleft lip and/or palate. *Child Development* [Em linha]. 2010. nº1, p.12-25 [Consult. 1 março. 2016]. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=21&sid=15e94e5a-05ff-44ae-b3a9613cc8591324%40sessionmgr15>

STEVEN, G.. et al. Obstetricia, normalidad y complicaciones en el embarazo. *Marbán, S.L. Madrid*. [Em linha]. 2000. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://apps.who.int/whl/reviews/langs/CD003581.pdf>

STEWART-BROWN, S. e SCHRADER-MCMILLAN, A. Parenting for mental health: what does the evidence say we need to do? Report of Workpackage 2 of the DataPrev Project. *Health Promotion International*. [Em linha]. 2011. Vol.6, nº1, pp.10-28. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: [http://heapro.oxfordjournals.org/content/26/suppl\\_1/i10.full](http://heapro.oxfordjournals.org/content/26/suppl_1/i10.full)

STRICKLAND, C.; DARBY-STEWART, A.L. e JAMIESON, B. Do abnormal fetal kick counts predict intrauterine death in average-risk pregnancies? *Clinical Inquiries*. [Em linha]. 2009. Vol.58, nº 4, pp. 220a-220c. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19358793>

THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (RCM). Successful breastfeeding. *Edinburgh: Churchill Livingstone*. [Em linha]. 2002. [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Early%20Breastfeeding.pdf>

LESLEY DIXON, RM, BA. The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm? *New Zealand. College of Midwives Journal*. [Em linha]. 2010. Vol.42, nº 21-26. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <https://opus.lib.uts.edu.au/bitstream/10453/13828/1/2010000232.pdf>

THOMPSON, H. Caesarean section at maternal request : a literature review. *British Journal of Midwifery* [Em linha]. 2013. Vol.18, nº8, pp.484–491 [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://doi.org/10.12968/bjom.2010.18.8.49315>

TOMELERI, K. et al. “Eu vi o meu filho nascer”: Vivência dos pais na sala de parto. *Revista Gaúcha Enfermagem* [Em linha]. 2007. Vol.21, nº2, pp. 87-109 [Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3110>:

UNICEF Portugal. Manual de aleitamento materno. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. 2012.

VARELA, C.S.V.D.J. Assistência de Enfermagem no puerpério em Unidade de Atenção Básica: incentivando o autocuidado. Universidade Federal de Santa Catarina. *Centro de Ciências da Saúde* Florianópolis. [Em linha]. 2007.[Consult. 15 março. 2016]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/1189599>

VASCONCELOS, K.L., et al. Partograma: Instrumento para segurança na assistência obstétrica. *Rev enferm UFPE, Recife*. [Em linha]. 2013. Vol.7, nº2 [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em:

<https://www.google.pt/search?q=223.+VASCONCELOS%2C+K.L.et+al.+Partograma%3A+Instrumento+para+seguran%C3%A7a+na+assist%C3%A2ncia+obst%C3%A9trica.&oq=223.+VASCONCELOS%2C+K.L.et+al.+Partograma%3A+Instrumento+para+seguran%C3%A7a+na+assist%C3%A2ncia+obst%C3%A9trica.&aqs=chrome..69i57.224j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8#q=Partograma:+Instrumento+para+seguran%C3%A7a+na+assist%C3%A2ncia+obst%C3%A9trica>.

WEI, S., et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care (Review). *The Cochrane Library*. [Em linha]. 2010. Vol.8. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: [http://www.cochrane.org/CD006794/PREG\\_early-amniotomy-and-early-oxytocin-for-delay-in-first-stage-spontaneous-labour-compared-with-routine-care](http://www.cochrane.org/CD006794/PREG_early-amniotomy-and-early-oxytocin-for-delay-in-first-stage-spontaneous-labour-compared-with-routine-care)

WHITTEMORE, R. e KNAFL, K. The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, [Em linha]. 2005. Vol. 52, pp. 546–553. [Consult. 15 maio]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x/abstract>

WHITWORTH, M., et al. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Review). *The Cochrane Collaboration* [Em linha]. 2010. [Consult. 15 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4084925/>

WINTER, C. e DUFF, M. The progress of labour: orderly chaos? *McCOURT, C. Childbirth, Midwifery and Concepts of Time*. London: Berghahn Books. [Em linha]. 2009 [Consult. 15 maio. 2016]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/283763408\\_](https://www.researchgate.net/publication/283763408_)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Geneva.Document Production Services, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage. Geneva. 2012.

YILDIRIM, G., e BEJI, N K. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth*. [Em linha]. 2008. Vol.35, nº1, pp.25-30. [Consult. 1 maio. 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307484>

ZUPAN, J.; GARNER, P. e OMARI, A. Topical umbilical cord care at birth (Review). *The Cochrane Library*. [Em linha]. 2013. Vol.2. [Consult. 1 maio. 2016]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15266437>





## **ANEXOS**



## ANEXO I - ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECCIONADOS

Autor - ano	Publicação País	Objetivo	Metodologia	Conclusões	NE
Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A. 2015	Cochrane Database of Systematic Reviews  Reino Unido	Comparar a efetividade da gestão ativa & gestão expectante do 3º período do TP	Revisão sistemática da literatura. Inclusão de 7 estudos (6 em países desenvolvidos e 1 num país em vias de desenvolvimento) Participantes: 8247 mulheres, em expectativas de ter um parto vaginal a partir das 24 semanas num hospital. Estudos compararam a gestão ativa & a gestão expectante e 3 estudos compararam a gestão ativa & um conjunto de intervenções.	Apesar de escassa, a evidência científica, encontrada na gestão ativa do 3º período de TP, reduz o risco de hemorragia pós-parto superior a 1000ml numa população de mulheres com risco de hemorragia e sem risco, embora fossem identificados efeitos adversos.  Deveria ser fornecida informação dos benefícios e complicações às mulheres de ambos os métodos, para elas poderem escolher.  São necessários mais estudos para analisar cada componente individual da gestão do 3º período do TP.	I
Pérez Vergara, I.; Serrano Arenas, M.; Morón Montiel J. 2015	Revista Cuidándote. Colegio Enfermería de Málaga.  Espanha	Comparar a técnica da dequitação mediante gestão ativa com a conduta expectante.	Revisão bibliográfica Inclusão de 3 revisões sistemáticas da literatura e atualização sobre Intrapartum care do Natioanl Institute of Health and Care Excellence	Há evidência científica para apoiar a gestão ativa do 3º período do TP, obtendo-se, assim, melhores resultados em saúde do que com a conduta expectante. A conduta expectante só é recomendada num parto natural.  Recomenda-se a conduta ativa com utilização rotineira de ocitocina, com clampagem tardia do cordão umbilical, embora a função da tração controlada do cordão seja menos clara.	I

Segura Fernández, A.; Guerra Pérez, V.; León Cid, I.; Rodríguez Iglesias, G.; Arpa Gámez, AM. 2013	Revista Cubana de Medicina Militar  Cuba	Determinar a utilidade da gestão ativa do 3º período do TP sobre a morbidade materna por hemorragia pós-parto.	Estudo observacional, analítico e transversal Participantes: 2423 mulheres cujos partos foram eutócicos. Foram comparados os efeitos da gestão ativa (administração de ocitocina após a expulsão do ombro anterior do feto, tração controlada do cordão e contração por cima do osso púbico) do 3º período do TP com a atitude expectante, em relação à perda sanguínea e outras complicações maternas.	Existe um fator protetor com a gestão ativa do 3º período de TP nas variáveis estudadas, sendo que esta se relacionou com uma menor necessidade de transfusão sanguínea, menor duração do 3º período do TP e menos necessidade de histerectomia puerperal e ingresso na unidade de terapia intensiva. Esta conduta deve ser utilizada sistematicamente num parto eutócico, já que diminui significativamente as complicações pós-parto.	II
Soltani H, Hutchon DR, Poulose TA. 2010	Cochrane Database of Systematic Reviews  Reino Unido	Avaliar o efeito do momento (antes ou depois da dequitação) de administração de útero-tônicos (ocitocina) nos resultados relacionados com o 3º período do TP	Revisão sistemática da literatura. Inclusão de 3 ensaios clínicos controlados randomizados Participantes: 1671 mulheres que tiveram parto vaginal em que foi administrado ocitocina como uterotônico para prevenir a hemorragia pós-parto antes ou depois da expulsão da placenta.	A administração de ocitocina antes ou depois da expulsão da placenta não tem influência sobre a incidência de hemorragia pós-parto, a taxa de retenção da placenta e na duração do 3º período do TP.  O único fármaco utilizado foi a ocitocina, principalmente via endovenosa. São necessários mais estudos para analisar outros resultados maternos e neonatais, utilizando abordagens consistentes.	I
Cotter, AM.; Ness, A.; Tolosa, JE 2010	Cochrane Database of Systematic Reviews EUA	Examinar o efeito da administração profilática de ocitocina do 3º período do TP na condição materno fetal	Revisão sistemática da literatura Inclusão de 14 ensaios clínicos controlados (experimentais e quase-experimentais) Participantes: 8600 parturientes em expectativa de ter um parto vaginal, em que foi administrada como profilaxia ocitocina no 3º período do TP.	A ocitocina aparenta benefícios na prevenção de hemorragia pós-parto. No entanto, não há evidência suficiente sobre outros resultados e efeitos colaterais, sendo difícil ter certeza sobre o risco-benefício.	I

<p>Orhan, EO.; Dilbaz, B.; Aksakal, SE.; Altinbas, S.: Erkaya, S.</p> <p>2014</p>	<p>International Journal of Gynecology and Obstetrics</p> <p>Turquia</p>	<p>Determinar a via mais eficiente e o tempo de administração da ocitocina para a conduta ativa do 3º período do TP, medindo a duração deste período e a quantidade de sangue perdida na primeira hora após o parto.</p>	<p>Ensaio prospetivo randomizado</p> <p>Participantes: 600 mulheres (cuja gravidez foi superior a 37 semanas) com parto vaginal foram divididas em quatro grupos aleatoriamente: iv-A (ocitocina endovenosa depois da expulsão fetal); iv_B (ocitocina endovenosa aquando a exteriorização do ombro anterior); im-A (ocitocina intramuscular depois da expulsão fetal); im-B (ocitocina intramuscular aquando a exteriorização do ombro anterior)</p> <p>Foi comparado a perda sanguínea pós-parto na primeira hora, a hemoglobina, hematócrito e duração do 3º período do TP.</p>	<p>A via e o tempo de administração da ocitocina não têm um efeito significativo na hemorragia pós-parto. Apesar da administração endovenosa parece ter efeitos benéficos, estes foram clinicamente insignificantes e não tiveram um grande impacto na hemorragia pós-parto.</p> <p>Este estudo não pode ser generalizado e justifica a verificação de futuros estudos em grupos com uma amostra maior.</p>	II
<p>Hofmeyr, GJ.; Abdel-Aleem H.; Abdel-Aleem MA.</p> <p>2010</p>	<p>Cochrane Database of Systematic Reviews</p> <p>África do Sul</p>	<p>Determinar a eficácia da massagem uterina após o nascimento e antes ou após a dequitação, ou ambos, na diminuição da hemorragia pós-parto e da morbilidade e mortalidade associadas.</p>	<p>Revisão sistemática da literatura. Inclusão dum ensaio clínico controlado randomizado.</p> <p>Participantes: 200 mulheres com parto vaginal ou cesariana) que compara a massagem uterina isolada, ou em associação a uterotônicos, antes ou após a expulsão da placenta, ou ambos, com a prática sem massagem uterina.</p>	<p>É aconselhável a massagem uterina após a dequitação para evitar a hemorragia pós-parto.</p> <p>No entanto, devido às limitações do ensaio revisado (o grupo de participantes e profissionais não foi duplamente cego), são necessários mais estudos com um maior número de participantes para estimar os efeitos da massagem uterina sustentada com precisão, com o sem administração de uterotômicos.</p>	I

<p>Abdel-Aleem, H.; Singata, M.; Abdel-Aleem, M.; Mshweshwe, N.; Wiliamms, X.; Hormeyr, GJ.</p> <p>2010</p>	<p>International Journal of Gynecology and Obstetrics</p> <p>Egipto e África do Sul</p>	<p>Determinar a eficácia de massagem uterina sustentada após a expulsão da placenta na redução da hemorragia pós-parto.</p>	<p>Ensaio randomizado controlado</p> <p>Participantes: 1964 mulheres em expectativa de ter um parto vaginal. Foram divididas em três grupos aleatoriamente: administração de ocitocina intramuscular, realização de massagem uterina sustentada ou ambos. Foi registada a perda sanguínea 30 minutos após o parto.</p>	<p>A massagem uterina é menos efetiva do que a administração de ocitocina para reduzir a hemorragia pós-parto. Quando a ocitocina é utilizada, não existe benefício adicional com a aplicação de massagem uterina. No entanto, a eficácia da massagem uterina sem a administração de ocitocina não foi estudada.</p>	I
<p>Du, Y.; Ye, M.; Zheng, F.</p> <p>2014</p>	<p>AOGS ACTA Obstetrica et Gynecologica</p> <p>China</p>	<p>Determinar o efeito específico da tração controlada de cordão no 3º período do TP na prevenção de hemorragia pós-parto.</p>	<p>Revisão sistemática da literatura</p> <p>Inclusão de 5 ensaios controlados randomizados, dos quais 2 foram realizados em países desenvolvidos e 3 em países em vias de desenvolvimento, comparando a tração do cordão umbilical com a técnica "hands-off" na gestão ativa do 3º período do TP.</p> <p>Participantes: 30532 mulheres</p>	<p>A tração controlada do cordão umbilical parece reduzir o risco de qualquer tipo de hemorragia pós-parto em geral, assim como a remoção manual da placenta e a duração do 3º período do TP.</p> <p>No entanto, a redução da ocorrência de hemorragia pós-parto grave, a necessidade de uterotônicos adicionais e transfusão sanguínea não é estatisticamente significativa.</p>	I

Ustus Hofmey, G.; Nolundi MMshweshwe, T.; Metin Gulmezoglu, A. 2014	Cochrane Database of Systematic Reviews  Suiça e África do Sul	Avaliar o efeito da tração controlada de cordão no 3º período do TP, com ou sem conduta ativa deste período.	Revisão sistemática da literatura  Inclusão de 3 ensaios controlados (com 199, 4058 e 23616 mulheres respetivamente) randomizados comparando a tração controlada de cordão e não tração controlada em mulheres com parto vaginal a partir das 24 semanas de gestação.	A tração controlada de cordão reduz o risco da realização da remoção manual da placenta em algumas circunstâncias, e a evidência sugere que a tração controlada do cordão pode ser oferecida rotineiramente durante o 3º período do TP. No entanto, os benefícios limitados da tração controlada do cordão em termos de hemorragia pós-parto grave não justificam um investimento maior que seria necessário para proporcionar treino na técnica da assistência ao parto. As mulheres que preferem uma menor intervenção do 3º período do TP podem ser informadas que quando um agente uterotônico é utilizado, a tração controlada do cordão pode ser omitida da gestão do 3º período do TP sem risco de hemorragia pós-parto grave, mas que o risco de remoção manual da placenta está aumentado.	I
---	--	--	--	---	---